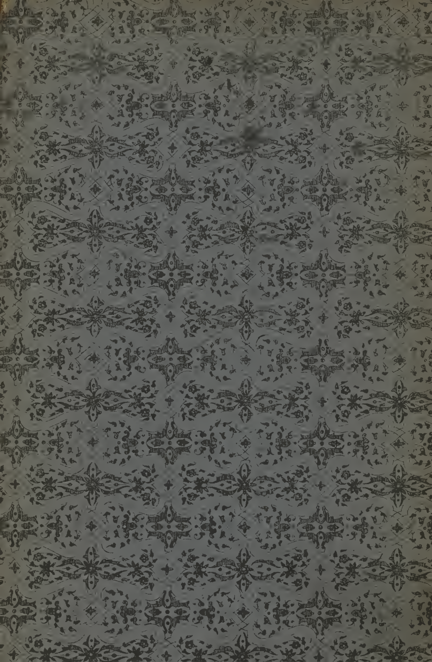
67

MRACEK - HUDELO

ATLAS-MANUEL DES MALADIES DE LA PEAU

J.B. BAILLIÈRE & FILS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



73467

73467

ATLAS-MANUEL

DES

MALADIES DE LA PEAU

ATLAS-MANUEL

DE LA SYPHILIS & DES MALADIES VÉNÉRIENNES

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

Par le professeur Fr. MRACEK
(de Vienne)

Édition française

Par le docteur Emile EMERY

Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris.

1900, un vol. in-16, 420 pages avec 71 planches chromolithographiées et 12 planches noires. . . . . **20** fr.

Cornil (V.) **Leçons sur la syphilis,** faites à l'hôpital de Lourcine, 1879, 1 vol. in-8 de IX-482 pages, avec 9 planches et fig. 10 fr.

Fox (G.H.) — **Iconographie photographique des maladies de la peau,** par G.-H. Fox, professeur de clinique dermatologique à New-York, 1882, 1 vol. in-4, avec 48 planches photographiques coloriées, cart. . . . . 120 fr.

Hallopeau et Leredde. — **Traité pratique de dermatologie,** 1900, 1 vol. gr. in-8° de 1000 pages, avec 24 planches imprimées en couleur et 15 figures intercalées dans le texte, cart. 30 fr.

Hardy (Alfred) — **Traité pratique et descriptif des maladies de la peau,** 1886, 1 vol. in-8 de 1,228 pages, avec fig. cart. 18 fr.

Jullien (Louis) — **Traité pratique des maladies vénériennes,** par le Dr L. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare, lauréat de l'Académie de médecine et de l'Institut. *Nouv. édition,* 1 vol. in-8 de 1,271 pages avec 246 figures. . . . . 20 fr.

— **Blennorragie et Mariage.** 1898, 1 vol. in-18 de 310 pages. 3 fr.50

Lefert (P.). — **Aide Mémoire de Dermatologie.** 1899, in-18, 288 pages, cart. . . . . 3 fr.

— **La pratique dermatologique et syphiligraphique dans les hôpitaux de Paris,** 1893, 1 vol. in-18, cart. . . . . . 3 fr.

Mauriac (Ch.). — **Leçons sur les maladies vénériennes** (*Syphilis primitive et Syphilis secondaire*), professées à l'hôpital du Midi. 1890, 1 vol. gr. in-8 de 1,072 pages . . . . . 18 fr.

— **Nouvelles leçons sur les maladies vénériennes** (*Syphilis tertiaire et Syphilis héréditaire*). 1890, 1 vol. in-8 de 1,168 pages . . . . 20 fr.

Rayer. — **Traité des maladies de la peau,** par P. Rayer, membre de l'Institut. 1835, 3 vol. in-8. . . . . 24 fr.

— **Atlas du traité des maladies de la peau.** 1835, 1 atlas in-4 de 26 planches gravées et coloriées représentant en 400 figures les différentes maladies de la peau, cart. . . . . . 70 fr.

DIJON. — IMP. DARANTIERE, 65, RUE CHABOT-CHARNY.

ATLAS-MANUEL

DES

MALADIES DE LA PEAU

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

PAR

Le Professeur Fr. MRACEK

(de Vienne)

ÉDITION FRANÇAISE

PAR LE DOCTEUR

LUCIEN HUDELO

Médecin des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de clinique des maladies cutanées
et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

Avec 63 planches chromolithographiées
et 39 planches noires



73467

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, près du Boulevard Saint-Germain.

1900

Tous droits réservés.

PRÉFACE

Il y a longtemps que les dermatologistes se sont préoccupés de représenter en dessins coloriés les types les plus importants et les plus fréquents de maladies cutanées. En France particulièrement, Alibert, Cazenave, Rayer, Vidal et Leloir ont publiédes atlas qui ont rendu de réelsservices. Plus récemment, un certain nombre de moulagesdu musée deSaint-Louis ont été reproduits avec le concours des médecins de cet hôpital : cette dernière publication, d'un prix fort élevé, comme les précédentes d'ailleurs, a le défaut de ne pas former un ensemble didactique complet.

Un atlas, de format plus portatif et d'une acquisition plus facile, devait mieux répondre aux besoins de l'étudiant ou du praticien, non spécialisé dansl'étude de la dermatologie.

M. le professeur Mracek, de Vienne, déjà connu par de remarquables travaux personnels, et auteur d'un atlas-manuel de la syphilis et des maladies vénériennes que mon excellent ami M. Emery a récemment traduit, a donné à ce premier livre un utile complément dansl'*Atlas-manuel des maladies de la peau*.

J'ai pensé faire œuvre utile en donnant une édition française de cedernierouvrage : il comprend, dans des chapitres

distincts, un résumé de la pathologie cutanée, qui est le préliminaire obligé de l'atlas proprement dit ; on trouvera dans cette partie du livre, à côté de la traduction, de nombreuses notes additionnelles, où j'ai tâché de mettre en lumière les opinions et les recherches de l'Ecole Française : les maîtres de l'hôpital Saint-Louis, MM. Besnier, Tenneson, Hallopeau, du Castel, Balzer, Danlos, Gaucher, mes collègues et amis MM. Brocq, Thibierge, Darier, Jeanselme, Jacquet, Sabouraud, Leredde, Dubreuilh (de Bordeaux) ont été les inspirateurs de mes additions.

Successivement interne, puis chef de clinique de M. le professeur Fournier, j'ai puisé dans un séjour de plusieurs années à l'hôpital Saint-Louis, sous l'affectueuse direction de mon cher et vénéré maître, l'éducation spéciale, théorique et pratique, qui m'était nécessaire.

J'espère que cet *Atlas-manuel*, ainsi complété, pourra rendre quelque service et contribuera, pour une modeste part, à la diffusion des doctrines et de la pratique de l'école dermatologique française.

L. Hudelo.

Paris, Janvier 1900.

PRINCIPALES ADDITIONS

DE M. HUDELO

Introduction.

I. Troubles des appareils sécrétoires de la peau.

II. Troubles circulatoires de la peau.

III. Dermatoses inflammatoires.

IV. Dermatoses vésiculeuses et bulleuses.

V. Dermatoses squameuses.

TABLE DES PLANCHES

INTRODUCTION

L'étude des maladies cutanées exige au préalable une connaissance particulière de l'anatomie de la peau et de ses annexes, de leurs fonctions physiologiques, de leurs relations avec les autres appareils organiques, Nous devons, faute de place, renoncer à consacrer un chapitre spécial à ces notions préliminaires ; nous le regrettons d'autant moins qu'on les trouvera tout au long dans les traités de dermatologie, les manuels d'anatomie et de physiologie.

Mentionnons seulement que la peau est un organe important du corps, dont les fonctions sont liées à celles de tout l'organisme : c'est ainsi que des troubles pathologiques de la peau pourront sérieusement retentir sur l'état des viscères, et que par contre des affections morbides de ces mêmes viscères pourront déterminer secondairement des modifications pathologiques de la peau. Il faut donc renoncer à ne voir dans la peau qu'un simple revêtement; car, si la peau constitue pour le corps une protection mécanique, elle a aussi d'autres attributions importantes : elle joue un rôle considérable dans la régulation de l'émission de la chaleur animale, elle est un organe de sécrétion et d'excrétion (de plus, la peau respire et émet ainsi de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau) ; elle a des propriétés d'absorption, minimes il est vrai, mais qui, dans certaines conditions, ne doivent pas être négligées; enfin, la peau, comme organe du tact, préside au sensorium commune, au sens de l'espace, de la localisation.

I. — ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES MALADIES CUTANÉES

L'étiologie des affections cutanées est très variée et très complexe.

Plus que tout autre organe du corps, la peau est exposée

à l'action des causes pathologiques extérieures, physiques, chimiques, mécaniques ou parasitaires.

La peau participe également à beaucoup de maladies générales, notamment les *maladies infectieuses*, dont un des groupes les mieux différenciés cliniquement, les *exanthèmes aigus*, se localise surtout à la surface cutanée. De même, les *intoxications* qui relèvent soit de poisons développés dans l'organisme, soit de toxiques accumulés dans le corps par l'insuffisante élimination des produits des échanges organiques, retentissent sur la peau. Ainsi s'explique le nombre considérable des dermatoses *symptomatiques :* à ce groupe se rapportent les exanthèmes aigus, les éruptions de la syphilis, de la morve, de la fièvre typhoïde, du choléra, celles de l'urémie, etc.

Les maladies de certains organes, tels que le cœur, le foie, les reins, le système nerveux, s'accompagnent toujours de manifestations cutanées.

A côté de cela, il y a des affections cutanées *idiopathiques*, relevant de l'attaque directe de la peau par un processus pathologique, de nature physique, chimique, traumatique, ou infectieuse : beaucoup de manifestations inflammatoires de la peau, soit aiguës, soit chroniques, relèvent de cette pathogénie.

Note additionnelle.

[Comme tous les tissus de l'organisme, la peau peut, du fait de **malformations congénitales**, présenter des altérations et des lésions réalisées dès la naissance : un certain nombre de dermatopathies relèvent de cette étiologie toute spéciale : tels sont l'ichthyose, les nævi, la kératose pilaire, le xeroderma pigmentosum qui établit un lien entre les néoformations congénitales et les dégénérescences malignes ; peut-être certaines tumeurs malignes de la peau ont-elles, elles aussi, une origine fœtale ? La question est loin d'être élucidée, et la théorie des germes inclus de Cohnheim n'est plus guère en faveur,

L'immense majorité des dermatoses est **acquise** ; leur multiplicité symptomatique n'est égalée que par la complexité des facteurs étiologiques qui semblent présider à leur développement : encore faut-il bien se rappeler que, parmi ceux-ci, il n'est pas rare d'en voir plusieurs se combiner pour réaliser le processus anatomo-clinique, qu'il s'agisse

d'une véritable association mixte d'emblée, ou plus souvent peut-être d'une intervention successive à des étapes diverses de l'évolution pathologique : c'est ainsi qu'il est si fréquent de voir une infection secondaire par microbes pyogènes venir compliquer une dermatose antérieure : c'est ainsi encore qu'on voit le grattage, irritant mécanique, agir, tantôt comme porte d'entrée pour une infection microbienne surajoutée, tantôt comme excitant des nerfs cutanés hyperesthésiés de manière à provoquer, par l'intermédiaire du système nerveux, l'extension d'une dermatose en évolution (urticaires, prurigos).

Les **facteurs étiologiques** des dermatoses peuvent être, pour la simplicité de la description didactique, réduits à un petit nombre de groupes principaux :

1° **Agents traumatiques** : physiques, chimiques, mécaniques : tels sont la chaleur sous ses divers modes, le froid, les rayons solaires, électriques ou radiographiques ; les irritants d'origine chimique (acides, bases, etc.), d'origine végétale, animale : un grand nombre d'éruptions dites *professionnelles* sont directement causées par ces substances.

Les frottements répétés, les pressions continues déterminent, surtout sur une peau dont la vitalité est affaiblie, des altérations diverses.

2° **Agents parasitaires non microbiens** : ils sont de deux ordres : animaux ou végétaux.

a) ***Parasites animaux :*** les uns restent à la surface de l'épiderme (*épizoaires*), d'autres y pénètrent (acare de la gale) par effraction directe; d'autres enfin ne viennent à la peau que par voie sanguine (filaire du sang, cysticerque).

b) ***Parasites végétaux :*** les uns se fixent dans l'épiderme (érythrasma, pityriasis versicolor), d'autres s'engagent dans les follicules, le long des poils (tricophytons, achorion), d'autres enfin gagnent les couches profondes (actinomyces).

3° **Microbes** : un grand nombre de microbes pathogènes vivent à la surface de la peau, ou peuvent y être apportés : rien ne sera plus aisé que l'invasion du revêtement cutané par ces parasites, surtout si une érosion quelconque (grat-

tage notamment) leur ouvre la voie : c'est ainsi que procèdent les staphylocoques, les streptocoques de l'impetigo, de l'ecthyma, de l'érysipèle, etc.

D'autres fois, c'est par l'orifice et le conduit d'un follicule pilo-sébacé que se fera l'envahissement microbien : tel est le cas du furoncle, de l'anthrax, des folliculites, et peut-être des séborrhées et des acnés.

Pour d'autres affections, à localisations cutanées, telles que la tuberculose, la lèpre, la morve, le charbon, l'apport microbien dans la peau se fera, *soit de l'extérieur*, par le mécanisme de l'effraction épidermique (tubercule anatomique, pustule maligne), *soit de l'intérieur*, par voie sanguine.

4° **Poisons** : ceux-ci sont de nature et d'origine très diverses ; on peut en déterminer quatre classes :

a) ***Poisons d'origine alimentaire*** (moules, viandes, gibiers et charcuteries faisandées ou avancées, poissons, fraises, etc.) : ils provoquent habituellement des lésions à type congestif (érythèmes, urticaires).

b) ***Poisons d'origine médicamenteuse :*** des plus nombreux : il n'est pour ainsi dire pas un médicament qui, dans le cas de prédispositions individuelles mal définies encore, ne puisse devenir l'origine d'affections cutanées variables, habituellement passagères et cessant avec l'abstention même de l'agent qui leur a donné naissance : citons en première ligne la mercure et ses composés (*hydrargyries*), les iodures et les bromures (*acnés iodiques et bromiques*), l'antipyrine, les balsamiques, etc.).

c) ***Agents toxiques dérivant d'auto-intoxications organiques :*** urée, acide urique, extractifs divers (taurine, xanthine, etc.) : ces divers produits résultent soit d'une action insuffisante des émonctoires naturels (affections des reins, du foie), soit d'une nutrition viciée et ralentie héréditairement (diathèse arthritique) ou non (uricémie, dyspepsies gastro-intestinales, diabète) : l'altération cutanée qui complique si souvent ces états tient, soit directement à l'élimination des agents toxiques à sa surface ou par ses glandes, soit indirectement à l'action des poisons en circulation sur les nerfs vaso-moteurs qui règlent l'irrigation sanguine du revêtement cutané.

d) ***Toxines microbiennes :*** par un mécanisme analogue, soit direct, soit indirect, les toxines bactériennes donnent naissance à des dermatopathies, du type surtout érythémateux (érythèmes simples, polymorphes, ortiés, même purpuriques : érythèmes des maladies infectieuses, à la suite d'injections de sérums antimicrobiens, etc.).

En tout état de cause, quelle que soit la nature du poison pathogène, les manifestations cutanées seront d'autant plus fréquentes et intensives que le fonctionnement du rein sera plus défectueux.

5° Troubles fonctionnels et lésions du système nerveux : de simples troubles fonctionnels, primitifs, du système nerveux produisent des éruptions cutanées superficielles (érythème émotif). Des lésions du système nerveux central ou des nerfs périphériques sont l'origine de dermatoses, de nature le plus souvent trophonévrotique (éruptions herpétiformes, bulleuses, mal perforant, etc.).

Beaucoup plus fréquemment, le véritable facteur étiologique reste une infection ou une intoxication quelconque qui influence d'abord le système nerveux, notamment l'appareil vaso-moteur, et le *système nerveux n'est qu'un intermédiaire* entre le facteur étiologique et la dermatose consécutive : il en est ainsi pour le zona, les urticaires, et nombre d'autres affections.

Le *mode d'action* de tous ces agents étiologiques sur la peau est encore obscur par bien des points, et toujours complexe, d'autant qu'il est de règle, comme nous l'avons déjà dit, que plusieurs soient combinés ensemble. Aussi l'étude *pathogénique* des dermatoses est-elle encore peu avancée.

Organe de revêtement, la peau est, plus qu'aucun autre tissu, exposée soit à l'action des traumatismes divers, soit à l'envahissement des parasites quelconques : les orifices folliculaires sont une porte d'entrée toute préparée pour l'infection des poils. des glandes ; le grattage, par les érosions épidermiques qu'il produit, favorise de même les inoculations, surtout pyogènes.

Appareil d'élimination et d'excrétion par ses glandes, la peau peut avoir à éliminer une innombrable variété d'agents toxiques divers qui l'irritent au passage, et parfois déterminent, dans la composition des produits de sécrétion glandulaire, des modifications favorables à une invasion microbienne secondaire.

Enfin, *pourvue d'un appareil vasculo-nerveux* particulièrement riche, la peau reçoit, dans une infinité de cas, par son système vasculaire, un apport soit d'agents toxiques divers, soit de microbes en nature qui viennent y déterminer des processus variés : congestifs, inflammatoires, nodulaires, etc. Souvent encore, ces poisons, en circulation dans les vaisseaux cutanés, exciteront les nerfs vaso-moteurs, et ceux-ci à leur tour réagiront sur les vaisseaux sanguins pour produire de la dilatation vasculaire, de la diapédèse, de l'œdème péri-vasculaire, de l'infiltration cellulaire, etc.

Enfin, il est évident que la peau est particulièrement exposée à subir dans sa nutrition, sa circulation, ses fonctions physiologiques, l'influence des troubles ou des lésions qui peuvent atteindre primitivement le système nerveux depuis les centres jusqu'aux expansions périphériques.

Cette dissociation des divers modes pathogéniques est évidemment de pure convention ; dans la réalité des faits, ces divers modes se combinent ou se superposent : la dermatose la plus simple a toujours une pathogénie complexe.

Conditions prédisposantes. — En dehors des circonstances étiologiques déterminantes que nous venons de passer en revue, il faut tenir compte, pour comprendre l'étiologie des dermatoses, de certaines conditions prédisposantes qui favorisent l'éclosion des processus pathogéniques.

*a) **Hérédité :*** si elle commande le développement de bon nombre de malformation congénitales. elle joue un rôle de premier ordre par les conditions spéciales de nutrition qu'elle impose à certains organismes (arthritisme, lymphatisme) et qui offrent à certaines dermatoses, infectieuses ou non (eczémas, psoriasis, séborrhées, impetigo, etc.) un terrain particulièrement favorable.

*b) **Age :*** joue également un rôle de prédisposition manifeste: c'est ainsi qu'on voit l'enfance particulièrement exposée à l'invasion microbienne pyogénique, l'adolescence être la période des acnés ; c'est ainsi que les tricophytons, une fois l'enfance passée, ne peuvent plus s'implanter sur le cuir chevelu, etc.

*c) **Conditions organiques diverses :*** dyscrasies sanguines (albuminurie, diabète), lésions viscérales (affections

hépatiques et rénales, utérines, atonie gastrique et intestinale).

Nous n'avons point parlé dans cette étude étiologique des *tumeurs malignes de la peau :* à ce point de vue, tout est à faire : en dehors des quelques notions que nous possédons sur le rôle prédisposant de l'hérédité, de certaines inflammations chroniques antécédentes (kératoses précancéreuses, leucoplasie buccale, acné sébacée concrète, etc.), nous n'avons encore aucune indication précise sur la nature intime de ces processus néoplasiques.]

II. SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE DES MALADIES CUTANÉES

Les signes pathologiques des dermatoses se divisent en symptômes subjectifs et en signes objectifs.

Les symptômes *subjectifs* consistent en sensations douloureuses diverses, prurit, sensations de tension, de brûlure, troubles de sensibilité (anesthésie, paresthésie).

Plus importantes, parce qu'elles sont la base du diagnostic, sont les modifications visibles de la peau, les *efflorescences*.

Nous distinguons les *macules* ou *taches* ; les taches très étendues sont les érythèmes : il faut y rattacher les télangiectasies, les nævi vasculaires, les *taches vasculaires*, les hémorrhagies, les pétéchies, les ecchymoses ; les *taches pigmentaires* comprennent le chloasma, les éphélides, les pigmentations, le tout généralement brun ; les *taches jaunes* sont formées par le xanthome.

On distingue encore les petites *nodosités* et nodules, surélevés à la surface de la peau, telles que les *papules*, les *tubercules*, les *pomphi* de l'urticaire.

Les élevures épidermiques à *contenu liquide* sont les *vésicules*, les *bulles*, les *pustules;* l'*ecthyma* a de grandes pustules entourées d'une zone inflammatoire, les pustules de l'*impetigo* ont un contenu qui se dessèche rapidement.

Comme lésions traumatiques de la peau, citons les *excoriations*, les *rhagades*.

Les *ulcérations* de la peau relèvent de processus inflammatoires sérieux, accompagnés de nécrose du tissu.

La desquamation, altération pathologique de l'épiderme, fournit des *pellicules* et des *squames*.

Le dessèchement du contenu des vésicules et pustules, des ulcérations, donne des *croûtes* qui recouvrent les parties malades.

Les efflorescences peuvent être isolées (*efflorescences solitaires*), ou disséminées, réunies en groupes (*efflorescences agrégées*), en forme de cercles, d'ellipses (*efflorescences annulaires, circinées*) : cette dernière conformation résulte de la progression périphérique du processus avec régression du centre des lésions. On donne le nom d'*herpès iris* à une forme où les éruptions forment plusieurs cercles concentriques autour d'un foyer primitif. Les *gyri* sont des figures éruptives, formées par la coalescence de plusieurs cercles ou ellipses.

On donne le nom d'*exanthèmes* aux éruptions répandues sur tout le corps ou au moins sur de grandes parties de la surface cutanée.

Mentionnons encore que certaines dermatoses ont des sièges de prédilection, sièges qui sont sous la dépendance soit d'agents extérieurs (vêtements), soit de conditions anatomiques, de distributions nerveuses, de territoires vasculaires, soit encore de particularités de texture de la peau aux points intéressés, telles que les lignes de clivage de la peau signalées par Voigt et Lang.

Note additionnelle.

[Parmi les *troubles fonctionnels* que peuvent déterminer les dermatoses, le *prurit* est un des plus fréquents et des plus importants par les lésions secondaires dont il est l'origine (éruptions de prurigo, inoculations pyogéniques) et par les troubles nerveux qu'il provoque, dans les cas où il est continu ou chronique (insomnie, neurasthénie, mélancolie, etc.).

Certaines dermatoses s'accompagnent de *troubles généraux* : c'est ainsi que la *fièvre* peut s'observer, surtout au début, au cours des éruptions de nature toxique et infectieuse ; les dermatoses chroniques, surtout celles qui s'accompagnent d'une desquamation abondante (herpétides malignes, pemphigus foliacé, pityriasis rubra, etc.) peuvent aboutir à un état de *cachexie* profonde, dont la pathogénie est encore obscure, mais où l'exfoliation épidermique persistante semble jouer un rôle.

Enfin, des *complications viscérales* graves peuvent s'ob-

server soit au cours d'affections cutanées aiguës, d'origine toxique ou infectieuse (albuminurie, endocardite, etc.), soit à la suite de dermatoses ulcéreuses chroniques, longuement suppuratives (dégénérescence amyloïde).

Les maladies cutanées se caractérisent *objectivement* par l'agrégation de *lésions dites élémentaires* parmi lesquelles, depuis Willan, on distingue des *lésions primitives* et des *lésions secondaires*.

1° Lésions élémentaires primitives.

A) ***Taches :*** simples changements de coloration de la peau, ne faisant aucune saillie. Présentent à considérer plusieurs variétés :

a) *Taches érythémateuses :* taches congestives, rouges, cédant à la pression, en général arrondies ou polycycliques, de dimensions variables ; tantôt disséminées, tantôt fusionnées en *érythèmes diffus* (exanthèmes, roséoles, érythèmes scarlatiniformes).

Parfois elles peuvent devenir saillantes (érythèmes *papuleux, noueux, ortiés*), ou même se surmonter de vésicules ou de bulles.

b) *Taches purpuriques* : dues à l'infiltration de sang dans le derme, les papilles, d'une teinte violacée, ne cédant pas à la pression du doigt (purpuras).

c) *Taches vasculaires* : produites par la dilatation de vaisseaux cutanés (nævi, télangiectasies).

d) *Taches pigmentaires* : brunâtres ou d'un brun noirâtre, dues à l'accumulation de pigment normal ou pathologique (éphélides, mélanodermies, macules lépreuses).

Il y a par contre des taches *achromiques* (vitiligo) ; il y a des taches *bleues* (phtiriase).

B. Vésicules et dérivés. — *a*) *Vésicules* : petits soulèvements épidermiques, remplis de sérosité transparente, parfois de sang, ou de liquide séro-purulent (herpès, zona).

b) *Bulles et phlyctènes* : caractérisées par de plus grandes dimensions (pemphigus, brûlures, vésicatoires); rem-

plies, comme les vésicules, de liquide clair, plus rarement hémorrhagique ou séro-purulent.

C. ***Pustules :*** soulèvements épidermiques, remplis de liquide purulent et entourés d'une zone inflammatoire; les pustules sont parfois dermiques. Elles sont souvent péripilaires (folliculites, sycosis),

D. ***Papules :*** saillies arrondies, rougeâtres, solides, sans liquide, souvent *très prurigineuses* (prurigos, lichens, etc.).

E. ***Tubercules :*** saillies à base profonde d'infiltration dermique, du volume au plus d'une noisette, d'origine souvent infectieuse (tuberculose, lèpre, morve); elles laissent, après guérison, des cicatrices. Les *tumeurs* sont des tubérosités plus volumineuses.

F. ***Squames :*** lamelles épidermiques sèches, se détachant de la peau, de dimensions variables : *furfuracées* (pityriasis, séborrhée sèche, etc.), ou plus grandes (érythrodermies exfoliantes, pemphigus foliacé).

Elles sont tantôt *primitives*, constituant à elles seules la lésion élémentaire de la dermatose, tantôt *secondaires* à une lésion élémentaire antécédente (macule, papule, vésicule).

2° Lésions élémentaires secondaires.

A. Pertes de substances consécutives aux lésions élémentaires. — *a*) *Fissures, rhagades :* excoriations généralement superficielles, épidermiques, de forme linéaire.

b) *Ulcérations :* pertes de substance profondes, atteignant le derme sur une hauteur plus ou moins grande, accompagnées de suppuration, et laissant toujours, après guérison, une cicatrice.

B. ***Croûtes :*** résultent de la dessiccation de sérosité, de sang ou de pus : de coloration variable selon leur nature.

C. **Cicatrices :** succèdent aux ulcérations ou pertes de substance allant jusqu'au derme; lisses ou irrégulières, blanches ou pigmentées à leur pourtour, superficielles, ou profondes et rétractiles (brûlures).

On décrit encore, comme lésions fondamentales de la

peau, les **hypertrophies**, soit de l'épiderme (cors, cornes, kératoses), soit des papilles (verrues), soit du derme (éléphantiasis), les **atrophies.]**

III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE DES MALADIES CUTANÉES

Accessibles à la vue et au toucher, les maladies cutanées constituent un objet d'études théoriques et scientifiques précieux et encore insuffisamment exploré ; d'autant qu'il a souvent besoin d'être complété par des recherches microscopiques.

Il serait intéressant d'insister sur l'histologie des lésions cutanées et de leurs conséquences, développement du tissu de granulation, formation des cicatrices ; nous ne le pouvons en raison du cadre restreint que nous nous sommes imposé.

Note additionnelle.

[La peau oppose aux divers facteurs étiologiques et pathogènes que nous avons passés en revue des *réactions anatomo-physiologiques* très variées qui se traduisent objectivement par des lésions extrêmement nombreuses de l'épiderme, du derme, des glandes : nous renvoyons pour l'étude des altérations des diverses dermatoses aux traités de Dermatologie et d'Anatomie pathologique. Contentons-nous ici de dire quelques mots des processus généraux par lesquels se traduit la résistance de la peau aux assauts pathogènes qu'elle est appelée à subir.

Le phénomène anatomo-pathologique le plus simple et, on peut dire, le plus fréquent parce qu'il est le premier stade de presque tous les autres, c'est la *dilatation des vaisseaux* du derme et de la couche papillaire : il est la première réponse de la peau aux excitations tant mécaniques, que toxiques ou microbiennes ; il traduit aussi les plus fréquentes réactions du système nerveux sur le tissu cutané. Les érythèmes divers sont l'expression directe de cette modification circulatoire : dans les formes fugaces, passagères, ce stade anatomique peut ne pas être dépassé.

Mais, si l'agent provocateur a une action plus vive et plus prolongée, la réaction cutanée est plus vive elle-même ; à la dilatation vasculaire succèdent simultanément l'*exsudation du sérum sanguin* et la *diapédèse des leuco-*

cytes hors des vaisseaux ; les cellules fixes conjonctives du derme prolifèrent : de là, résulte une *infiltration cellulaire* de la couche dermique plus ou moins intense.

L'épiderme peut rester indemne dans ces conditions, ou bien au contraire présenter, secondairement aux lésions dermiques, des altérations de forme et de nutrition de ses cellules (proliférations, troubles de la kératinisation).

Si l'infiltration cellulaire dermique se cantonne dans la couche papillaire du derme, les papilles hypertrophiées forment des *papules* ; au cas où, comme dans l'urticaire, le processus vaso-moteur est très brusque et intense, l'exsudation séreuse abondante et subite, le liquide infiltré comprime les vaisseaux centraux des papilles, d'où anémie et blancheur centrales de la papule ortiée.

Dans un grand nombre de cas où la cause morbide est de nature infectieuse et attaque la peau par la profondeur et par la voie sanguine ou lymphatique, les phénomènes de diapédèse leucocytique, puis de prolifération cellulaire se localisent dans la partie profonde du derme en formant des *nodules* qui se groupent, se réunissent en nodosités plus ou moins volumineuses, susceptibles d'évolutions diverses (sclérose, caséification, ulcération, suppuration, etc.) : ce sont les *tubercules* au sens dermatologique du mot (tuberculose, morve, syphilis, lèpre, etc.).

Nous avons vu plus haut que l'épiderme peut, dans les altérations cutanées les plus simples, exprimer sa participation au processus anatomo-pathologique par des déformations cellulaires, une prolifération exagérée et d'une rapidité anormale de ses couches épithéliales, avec kératinisation incomplète, d'où la formation de couches cornées anormales, qui tombent de suite, et constituent les *squames*.

Dans d'autres cas, l'épiderme lui-même est envahi par l'exsudation séreuse et l'infiltration leucocytique : alors les cellules épidermiques subissent des dégénérescences spéciales et multiples ; elles deviennent globuleuses, vacuolaires, s'ouvrent les unes dans les autres, constituant ainsi une cavité qu'envahira la sérosité exsudée (*vésicule*) : le liquide continuant à refouler successivement les couches cellulaires ambiantes, la vésicule deviendra une *bulle*, une *phlyctène*. La *pustule* traduira la prédominance au milieu de la sérosité collectée, de leucocytes accourus pour englober des microbes.

Dans un tout récent et fort intéressant article, Sabou-

raud (1) a clairement résumé la *défense de la peau contre l'envahissement microbien ;* il montre que la peau, formée de deux couches superposées, épiderme et derme, parcourues par une circulation de globules blancs migrateurs, a trois organes de défense : la *cellule épithéliale malpighienne* (épiderme), la *cellule fibreuse* (derme), le *globule blanc ;* devant l'assaut microbien, chacune de ces cellules réagira par l'acte spécial qui est sa fonction propre : la cellule épithéliale fera de la cellule cornée, la cellule fibreuse créera des cellules fibreuses, le leucocyte, véritable amibe, s'accolera à l'ennemi pour l'englober et le digérer : *kératose*, *fibrose*, *phagocytose*, d'où exfoliation squameuse, induration fibreuse profonde, suppuration.

Si l'envahissement microbien se limite à la couche cornée de l'épiderme, on voit se former des couches cornées plus nombreuses, plus épaisses que normalement, mais dont la kératinisation n'est pas terminée, pendant que les cellules basales, malpighiennes d'où dérivent ces couches cornées anormales sont elles mêmes troublées dans leur évolution (modifications de formes, mitoses, transformations vacuolaires, absence d'éléidine, de pigment); de là des squames superficielles ou épaisses qui s'exfolient, emportant avec elles les microbes qui vivent sur elles.

Si les colonies microbiennes dépassent la couche cornée pour envahir la couche malpighienne plus succulente, les germes pullulent et sécrètent des toxines qui par chimiotaxie positive, attirent vers les foyers microbiens les leucocytes : ceux-ci sortent par diapédèse avec de la sérosité des vaisseaux papillaires congestionnés ; de là, formation d'une vésicule ayant pour coupole la couche cornée, pour plancher le corps muqueux intact : puis, il se refait sous la vésicule une couche cornée qui rejette au dehors la vésicule desséchée (globules blancs morts et microbes).

Si le microbe est porté sous l'épiderme par traumatisme direct (piqûre) ou la voie d'un follicule pilo-sébacé, on voit souvent les colonies microbiennes enclavées par des groupes leucocytiques, sans aucune autre modification apparente ni de l'épiderme, ni du derme : c'est dans ce cas qu'il se fait un *abcès dermique*.

Enfin, si l'envahissement microbien (exogène ou endogène) se localise dans le tissu conjonctif du derme, on voit

(1) Sabouraud, *Annales de dermatologie*, 1899, p. 729 à 750.

les leucocytes qui circulent librement dans les mailles conjonctives affluer autour des microbes proliférés, et former des *nodules* : si la virulence microbienne est de telle nature que les éléments du nodule se transforment en globules de pus, il se forme un abcès plus ou moins enkysté par la prolifération des cellules conjonctives elles-mêmes. Si la virulence microbienne est telle qu'il ne se fasse pas de pus, et que la lutte phagocytaire puisse se prolonger, on voit alors que le nodule d'infection dermique tend à subir, du fait de la prolifération conjonctive, la transformation fibreuse : d'où la lenteur des infections nodulaires de la peau, comparée à ce qui se passe, pour les mêmes infections, dans les viscères (tuberculose, morve).

On trouverait évidemment, dans l'étude du mode de défense de la peau vis-à-vis des poisons, quels qu'ils soient (exogènes ou endogènes), des processus anatomo-pathologiques élémentaires absolument analogues. Ce sont là des jalons importants pour les recherches ultérieures.

Une vue d'ensemble sur l'anatomie pathologique des tumeurs de la peau serait, en raison de notre ignorance pathogénique à leur sujet, absolument impossible à réaliser.]

IV. THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES MALADIES CUTANÉES

Nous sommes encore, dans la pratique dermatologique, bien éloignés du but que poursuivent toutes les tentatives thérapeutiques : traiter les maladies étiologiquement : il n'y en a en effet que quelques dermatoses pour lesquelles le problème de leur cause dernière soit résolu d'une manière satisfaisante. Aussi traitons-nous la majeure partie des maladies cutanées d'après leurs symptômes, obéissant également aux indications thérapeutiques diverses fournies par la variation des symptômes au cours de l'évolution morbide : la connaissance de chaque stade du processus est donc indispensable pour le médecin qui veut utiliser avec succès les nombreux moyens curatifs que lui fournit la thérapeutique dermatologique,

1. Traitement interne.

Les anciennes écoles ont employé un grand nombre de médicaments internes, dont la plupart sont oubliés aujourd'hui ; notre époque a préconisé à nouveau, dans le traite-

ment des dermatoses, le principe de règles de régime et d'une médication interne : on peut affirmer que dans certaines affections cutanées le régime est non seulement utile, mais indispensable : telle est l'urticaire, qui succède à l'ingestion de certains aliments, d'autres fois à des fermentations vicieuses de l'intestin ; tels sont les érythèmes qui se réalisent dans des conditions pathogéniques analogues, telles sont les éruptions eczémateuses des diabétiques, des brightiques, des rhumatisants. Mais aussi, pas plus que les pommades ne peuvent suffire à traiter toutes les dermatoses, il ne serait possible de guérir certaines affections cutanées graves par la simple interdiction de certains aliments.

Parmi les médicaments internes employés le plus habituellement, citons : l'arsenic, le mercure, l'iode, l'acide phénique, les préparations de goudron, la pilocarpine, l'atropine, la quinine, le salicylate de soude, les préparations de corps thyroïde, le chlorure de calcium, le menthol (1). On utilise, en cures minérales, les eaux de Carlsbad, Franzesbad, Romegno, Hall, Lipik (2).

II. Traitement externe.

Les moyens auxquels on a recours sont des plus variés.

a) **Eau** : lotions, bains locaux et généraux (l'eau froide est vaso-constrictive, l'eau chaude vaso-dilatatrice) ; le *bain continu* (lit aqueux de Hebra) est employé pour le pemphigus foliacé, les eschares de décubitus, les brûlures graves, le prurit généralisé, le lichen ruber, le pityriasis rubra de Hebra; les bains médicamenteux sont salés, goudronneux; on emploie les bains de sublimé, de boue. [Ajoutons le bain alcalin (250 gr. de carbonate de soude), le bain de Barèges (monosulfure de sodium 60, chlorure de sodium 60, carbonate de soude 30), le bain sulfureux (trisulfure de potassium 100), le bain gélatineux (gélatine pulvérisée 500.]

b) **Graisses** : servent, comme l'eau, à ramollir les productions cutanées : on emploie des graisses minérales, végétales, animales, de consistance ferme ou liquide ; on les utilise en nature ou comme véhicule de médicaments actifs. Citons la vaseline jaune américaine, le vasogène qui est un carbure d'hydrogène oxygéné, le vasol ; le beurre de cacao,

(1) Voy. Manquat, *Traité de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie*, 4e édition 1900.

(2) Voy. de La Harpe. *Formulaire des eaux minérales*.

l'huile d'olives, l'huile d'amandes douces, l'huile de lin, l'huile de ricin, la graisse de porc, le blanc de baleine, l'œsypus [graisse de suint], la graisse de laine ou alapurine, la lanoline (qui ne renferme pas de graisse, et est composée d'éthers, d'acides gras de la cholestérine et de l'isocholestérine, tels qu'ils se rencontrent dans tous les tissus kératosiques, dans la peau et les poils, mélangés à des acides gras libres : jusqu'à 30 %), l'huile de foie de morue, l'huile de physeteris [ou de chénocète, espèce de baleine].

Citons encore la *molline* (savon saturé de graisse ; composé de graisse de rein et d'huile de coco de Cochinchine la plus fine, saponifiées par un mélange de lessive de soude et de potasse, avec addition de glycérine), la *myronine* (préparée avec de la cire végétale et de l'huile de physeteris), la *résorbine* (mélange d'huile d'amandes, de cire, de gélatine, de graisse de laine et de savon), la glycérine saponifiée (Hebra), *l'onguent de lanoline de Paschkis* (lanoline anhydre 65, paraffine liquide 30, cérésine 5, eau distillée 30), la vaseline lanolinée (Hell), la glycérine.

Les « *Salbenmulle* » (Beiersdorf) sont des bandes imprégnées de pommade, n'adhérant pas à la peau, et qu'on fixe par des moyens appropriés ; la pommade est formée en principe d'axonge benzoïnée plus ou moins additionnée de cérat.

c) **Savons** : combinaisons d'acides gras et d'alcalis ; il y a des savons *mous* (de potasse) et des savons *durs* (de soude); quand tout l'alcali est combiné aux acides gras, le savon est neutre. D'après Rotondi, les savons neutres se décomposent en présence de l'eau en sel acide d'acide gras et en sel basique d'acide gras : ce dernier reste dissous, tandis que le premier insoluble est éliminé. L'action des savons serait due pour cet auteur au sel basique d'acide gras en solution.

Les savons saturés de graisse sont ceux qui, à côté des sels d'acides gras dont se compose le savon neutre, renferment encore une certaine quantité de graisse non saponifiée. Le *savon fondamental* d'Unna, avec excès de graisse, est fait avec de la graisse de bœuf de 1re qualité [60 gr.] et un mélange de deux parties de lessive de soude [22 gr.] et une partie de lessive de potasse [11 gr.] ; on ajoute ensuite à la masse savonneuse de l'huile d'olive en quantité suffisante [8 gr.] pour que 4 % environ reste non saponifié.

Eichhoff a préparé des savons en poudre.

Nous employons encore la *teinture de savon potassique* de Hebra dont la formule est :

Savon vert. . . . . 100 gr.

dissoudre à faible chaleur dans 200 gr. d'alcool à 60°, filtrer et ajouter :

Huile de lavande . . } ãa 3 gr.
Huile de bergamotte . }

mêler et filtrer.

Il existe un grand nombre de *savons médicamenteux* : naphtol et soufre, soufre et goudron, sublimé, menthol, thymol, résorcine, savon de soude, de brome et d'iode de Kreuznach, etc.

d) ***Vernis*** : sont des excipients qui, étendus sur la peau, s'y dessèchent en couche mince et lisse.

1° *Vernis solubles dans l'eau* :

Liniment exsiccans de Pick :

Gomme adragante. . . .	5
Glycérine.	2
Eau	100

Onguent de caséine de Unna (caséinate d'alcalis, glycérine, vaseline et eau) ; il peut se mélanger à toutes les substances qui ne coagulent pas la glycérine ; on peut y incorporer jusqu'à 20 % de goudron ; il est bon, pour atténuer son acidité, de l'additionner d'une partie de savon vert pour 4 d'eau. Etendu sur la peau, cet onguent s'y dessèche en couche mince, élastique.

Gelanthum : (gomme adragante, gélatine, eau).

Colles de zinc (Unna) : [il y a deux variétés, la *colle molle* :

Gélatine blanche.	30
Oxyde de zinc.	30
Glycérine	50
Eau.	90

[On fait fondre la gélatine, au bain-marie, dans l'eau en agitant constamment, puis on ajoute l'oxyde de zinc et on laisse refroidir. Pour l'application, on liquéfie la colle au bain-marie, et on l'étale alors sur la peau avec un pinceau : elle durcit rapidement].

[la *colle dure* :

Gélatine.	30
Glycérine	30
Oxyde de zinc.	10
Eau	30

Ces colles peuvent incorporer des médicaments variés.]

Epidermine : [forme une masse laiteuse qui, appliquée en couche mince, laisse une fine pellicule; on peut y mêler des médicaments actifs. Voici sa formule :

Cire blanche.	ãã 15
Poudre de gomme arabique	
Eau.	
Glycérine.	

2° *Vernis insolubles dans l'eau :*

Collodions : [*collodion ordinaire*, dont la formule est :

Fulmicoton	5
Ether	75
Alcool à 95°	20

Collodion élastique : on ajoute à la formule ci-dessus 1/15 d'huile de ricin).

Le collodion à l'*acétone* sert à préparer des *pellicules* médicamenteuses.]

Traumaticine : (gutta-percha, 1, chloroforme, 40) ; [sert à incorporer des médicaments actifs, notamment l'acide chrysophanique pour le traitement du psoriasis.]

Liquide adhésif de Shiff ou *Filmogène* : (cellulose nitrée dissoute dans l'acétone, avec addition d'huile).

[*Stérésol* (Berlioz), de la formule :

Gomme laque purifiée	270
Benjoin	10
Baume de Tolu	10
Acide phénique.	180
Essence de cannelle	6
Saccharine	6
Alcool.	*q. s.* pour faire 100 cc.]

e) **Pâtes :** ce sont des mélanges de substances pharmaceutiques, à consistance de pâte malléable.

f) **Emplâtres :** ce sont en principe des savons de plomb, purs ou additionnés de térébenthines, de résines diverses, de cire; [ces matières étendues sur une bande de tissu de coton ou de toile constituent les *sparadraps*.]

Les *mousselines-emplâtres* de Unna et Beiersdorf à la gutta-percha sont des sparadraps dont le fond est formé, au lieu de toile, par une mousseline imprégnée d'une mince couche de gutta-percha, sur laquelle est étalée la masse emplastique en couche épaisse. Les « *Paraplastes* » ont pour

base de la toile de coton, à trame serrée et à fils très fins, imbibée d'une solution de caoutchouc vulcanisé. Les *collemplâtres* sont des préparations dont la masse emplastique est additionnée de caoutchouc.

g) Poudres : les plus employées sont l'amidon, le talc, le carbonate de magnésie, l'oxyde de zinc.

V. CLASSIFICATION GÉNÉRALE DES MALADIES CUTANÉES

Nous ne pouvons nous dispenser de faire une courte remarque au sujet de la *classification des maladies de la peau.* Tout système constitue un moyen didactique, et il est tout naturel que nous cherchions à appliquer un système de classement à notre science éminemment empirique. Il semble qu'on puisse trouver des éléments de groupement rationnel d'une part dans les cas nombreux où l'affection cutanée relève d'une cause pathologique extérieure, d'autre part dans les notions étiologiques que nous avons dans ces vingt dernières années acquises par les recherches de bactériologie.

Et cependant, l'accord est loin d'être fait sur bien des détails anatomo-pathologiques afférant à de nombreux groupes de dermatoses ; il en est de même pour bien des points de l'étiologie, qui souvent ne sont point encore sortis du domaine de l'hypothèse. Ne voit-on point encore aujourd'hui les troubles trophiques des conduits nerveux, les névroses réflexes être invoqués à chaque instant dans l'interprétation pathogénique ?

Aussi ne croyons-nous point devoir, dans ce Manuel, aborder des question d'une portée aussi générale ; nous pensons que le système de classification de Hebra suffit encore aujourd'hui pour l'étude des maladies de la peau ; nous le voyons d'ailleurs appliqué, avec quelques modifications de détail, dans plusieurs traités récents de dermatologie.

Note additionnelle.

[Il est incontestable que Willan a réalisé un véritable progrès en dégageant du chaos dermatologique de son temps des types différenciés par la nature de la lésion élémentaire ; malheureusement, cette classification purement *anatomique*, qui réunit dans le même groupe des affections ab-

solument dissemblables comme étiologie, comme marche, comme pronostic, est tout à fait insuffisante aujourd'hui. « C'est, dit Sabouraud, un édifice miné en tous points ; elle ressemble à ce que serait un laboratoire, où les fioles seraient rangées par ordre de taille, sans qu'on ait égard à leur contenu. »

La classification *étiologique* des dermatoses serait évidemment la seule rationnelle ; mais elle est encore impossible à réaliser dans l'état actuel de nos connaissances : pour bon nombre d'affections cutanées, nous ne possédons que des notions étiologiques incomplètes ou même nulles ; d'autre part, comme nous le verrons, il est tel grand groupe dermatologique, dont l'étiologie est multiple et complexe et qui devrait de ce fait se trouver morcelé dans plusieurs classes étiologiques distinctes.

Aussi, les classifications les plus récentes adoptent-elles un système mixte, réunissant dans quelques groupes nettement différenciés certaines dermatoses à étiologie bien déterminée, et répartissant les autres affections cutanées à étiologie obscure ou complexe entre des cadres d'attente, pour lesquels l'analogie objective des lésions éruptives est le seul principe de classification.

D'après ce que nous avons dit de l'étiologie des maladies de la peau, on pourrait, à notre sens, les répartir sous les têtes de chapitre suivantes :

I. **Dermatoses d'origine congénitale et difformités cutanées** : icthyoses, nævi, etc.

II. **Dermatoses de causes externes, non parasitaires** : brûlures, froidures, érythèmes d'origine physique, chimique, mécanique, par compression ; érythèmes par applications médicamenteuses ; dermatoses vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses de même origine. Dermatoses professionnelles (eczémas et gales professionnelles), etc.

III. **Dermatoses d'origine parasitaire** :

a) ***Par parasites animaux*** : gale, phtiriase, punaises, puces, etc.

b) ***Par parasites végétaux*** : favus, tricophyties, pelades, érythrasma, pityriasis versicolor, actinomycose.

c) ***Par parasites microbiens*** : impetigo, ecthyma, furoncle, anthrax, folliculites, perlèche, verrues, molluscum contagiosum, rhinosclérome, séborrhées, acnés.

Il faudrait probablement y adjoindre le zona, la plus grande partie des herpès, peut-être les diverses variétés de la lymphadénie, les tumeurs malignes, une grande partie des érythèmes, urticaires, purpuras.

Dans ce groupe rentrent les manifestations cutanées de la tuberculose, de la lèpre, de la morve, du charbon, de la syphilis, des fièvres éruptives, de l'érysipèle.

Il est facile de se rendre compte, par l'étude des dermatoses de ce groupe, à combien de variétés éruptives et anatomiques diverses peut donner naissance une étiologie univoque.

IV. **Dermatoses d'origine toxique** (intoxications alimentaires, médicamenteuses; auto-intoxications d'origine rénale, hépatique, intestinale; auto-intoxications d'origine héréditaire ou constitutionnelle (*arthritisme*), etc.).

Erythèmes, urticaires, purpuras. Prurigos divers. Lichens. Eczémas et psoriasis (pour ces dernières dermatoses, l'avenir nous démontrera peut-être leur nature microbienne).

V. **Dermatoses d'origine nerveuse**: groupe mal différencié, destiné vraisemblablement à se restreindre de plus en plus : mal perforant, gangrènes, eschares ; quelques érythèmes et urticaires, etc.

Il est en somme impossible, à cette heure, de proposer autre chose qu'une classification d'attente. Nous avons en général suivi dans cette édition la classification de l'ouvrage allemand de Mracek : nous nous en sommes écartés sur quelques points de détail ; c'est ainsi que nous avons, par exemple, distrait du groupe des dermatoses inflammatoires le furoncle, l'anthrax, la morve, le charbon, l'érysipèle que nous avons reportés aux maladies microbiennes; nous avons, pour la facilité de l'exposition, rapproché les acnés et les folliculites des autres altérations de l'appareil pilosébacé; mais nous n'avons pas cru nécessaire, surtout dans un Manuel de cet ordre, de bouleverser le plan de l'auteur allemand pour lui substituer une répartition plus théorique que didactique.]

ATLAS-MANUEL

DES

MALADIES DE LA PEAU

I. TROUBLES DES APPAREILS SÉCRÉTOIRES DE LA PEAU

Les troubles sécrétoires de la peau sont sous la dépendance du fonctionnement anormal des glandes sébacées et sudoripares; physiologiquement, les sécrétions de ces glandes renferment toujours des substances diverses existant dans la circulation, en sorte qu'elles forment un mélange complexe.

1° TROUBLES DE SÉCRÉTION DES GLANDES SUDORIPARES

La sécrétion des glandes sudoripares enlève à l'organisme de la matière grasse, des produits de perspiration, issus des vaisseaux sanguins et mêlés à la sueur. Le plus souvent ce sont des acides gras volatils, qui se mélangent aux sécrétions des glandes; ils ont parfois une odeur spécifique (**Osmhidrose, Bromhidrose**). Le creux de l'aisselle, riche en glandes sudoripares, et la région génitale se distinguent par une forte sécrétion sudorale, qui, chez certains individus, répand une odeur particulièrement pénétrante. Signalons en passant ce fait curieux, que des cocci pyogènes peuvent s'éliminer par la peau, surtout à l'occasion de transpirations profuses (Brunner, Eiselsberg).

Il faut attribuer la plus grande importance à la *fonction vicariante des glandes sudoripares*, qui est dans le plus

étroit rapport avec la sécrétion rénale. C'est ainsi que, dans certaines conditions, tant physiologiques que pathologiques, nous voyons l'augmentation de la sécrétion sudorale coïncider avec l'abaissement du taux habituel de l'urine ; c'est ainsi que nous constatons souvent, dans les affections rénales par exemple, le mélange de matériaux de l'urine à ceux de la sueur. Par contre, chez les diabétiques qui urinent abondamment, la peau est particulièrement sèche.

A. Anhidrose.

[En dehors de l'**anhidrose** diabétique, dont parle l'auteur, signalons que la sécrétion sudorale s'abaisse considérablement chez les cachectiques, les phtisiques avec diarrhée abondante, les cancéreux, les vieillards, dans les grandes dermatoses (pityriasis rubra, dermatites exfoliantes, ichthyose).

Il y a parfois des anhidroses locales au niveau de lésions cutanées (aplasie lamineuse, sclérodermie)].

B. Hyperhidrose.

L'*augmentation de la sécrétion sudorale* (**Hyperhidrose**) se rencontre chez les obèses, faisant peu d'exercice, dans certaines maladies psychiques, dans les états pathologiques qui provoquent l'hyperhémie de la peau ; les individus cachectiques, tuberculeux ou anémiés, ont souvent des sueurs profuses. Il n'est pas rare qu'avant l'apparition de la diaphorèse, les sujets éprouvent une sensation de picotement et de léger élancement de la peau.

Les hyperhidroses localisées ont une importance pratique : telles sont celles de la paume des mains, de la plante des pieds (*H. palmaire et plantaire*) ; on les observe souvent chez des sujets anémiques, qui présentent en même temps, par le fait de leur mauvaise circulation, une teinte bleuâtre des mains et des pieds et se plaignent de froid aux extrémités. Cet état peut persister plusieurs années sans altérations apparentes de la peau ; mais parfois il se produit sur les doigts, plus souvent sur les orteils, de petites vésicules qui se crèvent et laissent après elles des excoriations épi



dermiques. Souvent aussi, par le fait de la macération, l'épiderme se soulève entre les orteils, et il en résulte des excoriations, des rhagades douloureuses qui peuvent être l'origine d'inflammations pénibles et de suppurations ultérieures.

[L'hyperhidrose est *généralisée*, ou *localisée (éphidrose)*. L'H. *généralisée* s'observe dans les maladies aiguës, soit dans leur cours (rhumatisme), soit comme phénomène critique (pneumonie, fièvre typhoïde, etc.) ; c'est un des symptômes cardinaux de la suette miliaire. Dans les maladies chroniques cachectisantes, elle n'est pas rare (sueurs des phtisiques, surtout à la fin de l'accès fébrile quotidien). Enfin elle est l'attribut des arthritiques, des obèses. L'éphidrose ou H. *localisée* peut s'observer dans certaines affections du système nerveux central (myélopathies) ou périphérique (névrites). L'hyperhidrose palmaire et plantaire est toujours symétrique ; elle est plus accusée en été, après des émotions soudaines, après de longues marches : elle se voit chez des sujets anémiques ou lymphatiques. Signalons, sous le nom de *chromydrose*, les sueurs colorées (sueurs jaunes, bleues, vertes, rouges, au niveau surtout des paupières inférieures, du thorax, de l'abdomen chez les hystériques ; sueurs de sang chez les névropathes ; sueurs rouges ou jaunes des aisselles, d'origine probablement parasitaire).]

C. Dyshidrose palmaire (*cheiropompholix* d'Hutchinson).

Cette affection siège sur la peau des mains, les parties latérales des doigts, la plante des pieds ; elle résulte de la suppression de la sécrétion sudorale. Elle se caractérise par la production de vésicules, du volume d'une tête d'épingle à un petit pois, remplies au début de liquide clair comme de l'eau, qui se trouble ultérieurement. De légères manifestations inflammatoires, rougeur, gonflement modéré de l'épiderme, complètent le tableau de cette maladie qui prend fin, quand les vésicules se sont rompues spontanément ou sous l'influence du traitement. Elle s'observe souvent chez les individus qui transpirent des pieds, et récidive, de ce fait, assez souvent (voy. planche I).

[Comme complément à ce chapitre consacré aux affections des glandes sudoripares, signalons une affection confondue

avec la dyshidrose jusqu'au travail de Robinson (1893), **l'hidrocystome**, caractérisée par la production de petites saillies, du volume de têtes d'épingle, enchâssées dans le derme, rappelant des grains de sagou ou de tapioca ; à la piqûre, elles donnent un liquide clair. Elles siègent au visage de préférence. Apparaissant au début de l'été, elles disparaissent l'hiver pour revenir aux chaleurs, et cela pendant plusieurs années.

Sous le nom d'*acnitis* et de *folliclis* Barthélemy, sous le nom d'*hidrosadénite suppurative* Fordyce, Politzer, Dubreuilh ont décrit une affection inflammatoire des glandes sudoripares, déjà signalée au niveau de l'aisselle par Velpeau, Verneuil (*abcès tubéreux*), qui semble bien être de naturé tuberculeuse, et constitue vraisemblablement une variété de tuberculide nécrotique, siégeant au niveau des glandes sudoripares.]

Traitement. — Le traitement des hyperhidroses, généralisées aussi bien que locales, comporte la recberche de la maladie causale (tuberculose, anémie, arthritisme, etc.) et une médication appropriée (toniques, exercice, alcalins).

Parmi les *médicaments internes*, qui peuvent influencer la sécrétion sudorale, citons l'atropine et l'agaric :

Sulfate neutre d'atropine . 0 gr. 015
Excipient q.s.
pour 20 pilules. En prendre une matin et soir.

ou bien :

Sulfate d'atropine . . . 0 gr 01
E. de menthe poivrée . . 10 —
prendre 3 fois par jour 5 à 10 gouttes.

ou encore :

Poudre d'agaric blanc. . 1 gr.
diviser en dix doses ; prendre une dose 3 fois par jour.

ou :

Agaricine. . . . . . 0 gr. 015.
pour 30 granules, dont on prendra trois par jour.

Le *traitement externe* comprendra, avec des soins de propreté minutieux, des bains, ou des lotions au moyen de

solutions alcooliques (alcool de menthe au 100e, acide phénique au 100e, acide salicylique au 100e, alcool naphtolé (naphtol β 1, alcoolat de Cologne 25, alcool 175), ou des poudrages avec l'un des mélanges :

Salol		1
Oxyde de zinc.	$\tilde{a}\tilde{a}$	15
Talc de Venise.		

ou bien (Eichhoff) :

Ac. salicylique		5
Ac. tartrique.	$\tilde{a}\tilde{a}$	10
Ac. borique.		
Oxyde de zinc		25
Talc de Venise		50

Dans le *traitement de la transpiration des pieds*, on obtient souvent un véritable succès par le traitement de Hebra à l'onguent diachylum : les pieds sont chaque jour pansés avec cet onguent, on a soin d'interposer entre les orteils des bouteilles d'ouate imprégnées de pommade ; on continue 10 à 14 jours sans baigner les pieds; la peau tombe les jours suivants, et l'hyperhidrose est généralement guérie après cette desquamation. Il faut parfois recommencer le traitement.

On peut encore recommander des bains de pieds, avec des solutions d'ac. chromique à 5 0/0, de formol, de sublimé ; des badigeonnages au moyen d'un pinceau imbibé de :

Sesquichlor. de fer. liq.	30	
Glycérine	40	
Huile de bergamotte	20	(Legoux).

[La dyshidrose ne réclame aucun traitement spécial dans ses formes légères ; quand les vésicules sont nombreuses, enveloppements humides, poudrages à la poudre d'amidon avec 1 à 3 0/0 d'acide salicylique. Dans les cas rares où il y a des érosions épidermiques étendues, applications de liniment oléo-calcaire.]

2° TROUBLES DE SÉCRÉTION DES GLANDES SÉBACÉES

La *sécrétion grasse* ou *sébacée de la peau* est le produit des glandes sébacées, dont les cellules vident à la surface de la peau la graisse devenue libre.

A. Séborrhée.

L'augmentation de la sécrétion graisseuse est la *séborrhée* (ou flux graisseux) ; quand elle donne à la peau un aspect huileux, elle est appelée *séborrhée huileuse ;* quand elle se dessèche et se mêle aux cellules épidémiques desquamées, elle prend le nom de *séborrhée sèche ou squameuse.*

La *séborrhée huileuse* se manifeste sur le nez, le front, le menton ; chez beaucoup de sujets elle persiste plusieurs années, parfois sans cause provocatrice apparente.

La *séborrhée sèche* se produit sur la tête des nourrissons, sous forme d'une croûte sèche, dure, dans laquelle sont collés les cheveux follets.

De même nature est le *vernix caseosa,* qui, chez les nouveau-nés, recouvre comme un enduit gras toute la surface du corps et s'accompagne d'une abondante desquamation épidermique.

Enfin, nous observons le même processus dans l'agglomération du sphegma préputial au cours de la *balanite* et de la *balano-posthite ;* mêmes sécrétions sur le capuchon du clitoris, entre les lèvres vulvaires : toutes ces séborrhées produisent la macération de l'épiderme, et peuvent déterminer des excoriations et même des inflammations avec sécrétion purulente.

[Nous distinguons la *séborrhée fluente,* la *séborrhée concrète,* souvent consécutive à la première, et la *séborrhée sèche* (Unna), ancien *pityriasis simplex, alba.*

La *séborrhée fluente* (*acné sébacée* de Biett et Hardy) peut occuper tout le corps, surtout le visage, mais rarement le cuir chevelu ; elle forme sur les parties atteintes un enduit brillant, huileux ; elle est fréquemment suivie de

lésions secondaires (eczéma séborrhéique, acnés, etc.). C'est une maladie de la puberté et des années qui suivent (12 à 25 ans) ; elle relève le plus souvent de troubles digestifs chroniques (dyspepsie nervo-motrice, constipation), d'un état névropathique. Pour Sabouraud, elle serait déterminée par la présence, dans les conduits excréteurs des glandes sébacées, d'un cocco-bacille, décrit par Unna dans le comédon et l'acné ; ce microbe, mêlé à des lamelles épidermiques, forme de véritables cocons qui oblitèrent en partie les canaux excréteurs : par suite les glandes sébacées s'hypertrophient, et leur fonctionnement s'exagère. Pour Unna par contre, la séborrhée huileuse relèverait d'un trouble des glandes sudoripares. Quoi qu'il en soit, que la cause de la séborrhée soit ou non réellement microbienne, elle ne se manifeste que sur un terrain prédisposé, par le fait de mauvaises fermentations digestives surtout.

La *séborrhée croûteuse* siège soit au cuir chevelu, soit au niveau des parties glabres : chez l'enfant, le type de la séborrhée concrète du cuir chevelu est « le chapeau » que le populaire respecte scrupuleusement ; elle existe aussi chez l'adulte sous forme de croûtes d'un jaune sale, graisseuses. La séborrhée croûteuse des parties glabres peut être *généralisée* (*vernix caséosa* du nouveau-né) ou *localisée* (visage, plis inguinaux et axillaires) ; comme formes localisées, signalons l'*Acné sébacée concrète* ou **kératome sénile** qui siège au niveau du nez ou des joues chez des malades âgés, et qui est un épithélioma débutant, et les *venues séborrhéiques,* qui se voient aussi chez des sujets avancés en âge, sur le tronc, le cou, le visage, les mains et peuvent dégénérer également en tumeurs malignes.

La *séborrhée sèche* d'Unna (ancien *pityriasis simplex*) ne serait pour lui qu'un avant-stade de l'eczéma séborrhéique. Elle siège au cuir chevelu, sous forme de petites squames minces (*pellicules*), et s'accompagne d'une chute des cheveux temporaire ou définitive ; elle est très souvent suivie de lésions eczémateuses. Dans une forme spéciale (*teigne amiantacée*) les squames forment de larges placards arrondis, dans lesquels les cheveux sont englobés et couchés. La séborrhée sèche se voit aussi sur les parties glabres du corps qui prennent alors un aspect farineux.

Malassez a décrit, dans les squames, des spores dont le rôle pathogénique n'est pas établi.]

B. Comédons.

Quand la séborrhée persiste longtemps, elle amène la production de *comédons*, de *tannes*. La graisse, mêlée aux cellules épithéliales desquamées, s'accumule dans le canal excréteur des glandes ; elle englobe des poils lanugineux et des parasites (Demodex. Planche LXIV, fig. *i*) ; on trouve ainsi, dans le follicule agrandi, une matière sale qui, au niveau de la surface cutanée, forme un point noir. Ces bouchons, sous la pression de la sécrétion en amont, se détachent parfois, ils sont faciles à enlever ; le canal excréteur devenu libre, se présente alors comme un trou à la surface de la peau. Quelquefois, en raison de la présence d'une quantité considérable de sebum dans les canaux excréteurs très dilatés, les comédons se transforment en kystes, en comédons géants du volume d'un pois, d'un haricot. Il se forme parfois à la longue des kystes de rétention, de volume variable (*Mollusca atheromatosa*, planche III).

La séborrhée a, comme conséquences, des *inflammations des glandes sébacées*, qui constituent les Acnés ; nous en parlerons plus tard.

[Le comédon est décrit, dans les classiques français, comme Acné comédon ou Acné ponctuée. Sous le nom de *comédons groupés*, Thin, R. Crocker ont signalé la réunion de ces lésions en grand nombre sur des surfaces restreintes, parfois symétriques.

Selhorst, Thibierge ont distingué, sous la dénomination de *Nœvus acnéique unilatéral en bandes ou en plaques*, une lésion caractérisée par de volumineux comédons, accompagnés d'une suppuration profonde des glandes sébacées, et disposés en bandes ou en plaques correspondant, comme les plaques de Zona, à des territoires métamériques.

Pour Unna, la lésion causale du comédon consiste en une hyperkératose diffuse qui oblitère les orifices des follicules ; ceux-ci se dilatent en amont en kystes remplis de sebum : ces accumulations sébacées constituent les comédons, dont la coloration noirâtre à la surface relève, non du mélange des poussières atmosphériques, mais d'une altération spéciale de la kératine dans les couches les plus superficielles.

Comme parasites, en dehors du Demodex dont la présence est inconstante, et la valeur pathogénique nulle, on

a décrit dans le comédon des cocci, des bacilles (bacille de Malassez, bacille-bouteille d'Unna), enfin un bacille spécial (Unna, Hodara) : le rôle de ces microbes est encore indéterminé].

Traitement. — Le traitement de la séborrhée doit consister tout d'abord à faire tomber les squames et les croûtes superficielles au moyen d'onctions huileuses ou de pommades amollissantes. Cela fait, on pratique des lavages savonneux à l'eau pas trop chaude. La peau est ensuite recouverte d'une pommade (pommade d'oxyde de zinc, acide salicylique et soufre), ou d'une pâte (oxyde de zinc 6, soufre 4, silice 2, axonge benzoïnée 28 : Unna). On peut employer encore des pommades au précipité blanc ou rouge. Nous alternons les applications de pommades avec des lotions alcooliques d'acide phénique, acide salicylique, de naphtol β et de résorcine.

Le même traitement est applicable aux localisations autres que le cuir chevelu.

Dans la séborrhée sèche (Pityriasis), un type de traitement est celui de Lassar :

1. Frictions pendant 10 à 15 minutes avec du savon de goudron ; puis lavage à l'eau chaude, graduellement refroidie.

2. Lavages avec la solution :

Bichlorure d'hydrargyre.	0,50 à 1,50
Glycérine. } ãã.	50
Eau de Cologne }	

3. Frictions avec :

Naphtol β.	0,25
Alcool absolu	200

4. Onction du cuir chevelu avec :

Acide salicylique. . . .	2
Huile d'olive	100

On peut combiner d'ailleurs aux lavages savonneux, aux lotions alcooliques du cuir chevelu des pommades soufrées. Unna recommande :

Axonge.		
Eau de chaux . .	*āa* .	10
E. de camomille. .		
Onguent de zinc. .		
Soufre précipité		2
Acide pyrogallique . . .		0,40

Nous employons en badigeonnages la préparation :

Teinture de cantharides . .	10
Teinture de benjoin . .	20
Bichlorure d'hydrargyre .	0,20
Hydrate de chloral . . .	4
Résorcine	5
Huile de ricin	10
Alcool absolu	200

Dans ces derniers temps, Eichhoff a préconisé le captol (produit de condensation du tannin avec le chloral) :

Captol.		
Hydrate de chloral. .	*āa* .	1
Acide tartrique. . .		
Huile de ricin		0,50
Esprit de vin à 65 0/0 . . .		100
Essence aromatique		q. s.

pour l'usage externe.

[Les méthodes françaises de traitement de la séborrhée ne sont pas sensiblement différentes ; nous attachons une grande importance au traitement des troubles digestifs associés et au régime (abstention des matières grasses notamment). Comme traitement local de la peau, éviter les préparations à base de corps gras ou huileux ; dégraisser la peau par des lotions diverses (lotions savonneuses, lotions à l'eau additionnée de bicarbonate de soude, lotions de borax et d'éther); modifier le fonctionnement des glandes par des lotions soufrées, de polysulfure, des lotions astringentes (tannin, alun, résorcine à 1 à 2 0/0).

Il va sans dire que, dans les formes croûteuses, il faut tout d'abord faire tomber les croûtes par des applications de cataplasmes, de pansements humides.

Dans la séborrhée sèche, on insistera sur les lotions de soufre, de sublimé ou de goudron.

Contre les comédons on luttera par l'avulsion pratiquée avec une clef de montre, ou avec l'instrument de Hebra

(Comedonquetscher) ; mais s'ils sont trop confluents, on se contentera de lotions savonneuses chaudes, et de lotions de borax et éther.

Dans toutes les formes, on se trouvera souvent bien de douches locales avec des eaux thermales sulfureuses ou alcalines.

Contre la séborrhée concrète et les verrues séniles, on utilisera des applications d'emplâtre salicylique, des pansements humides avec une solution saturée de chlorate de potasse, la pommade au chlorate à 10 pour 30 ; si l'évolution épithéliale se caractérise, destruction par ignipuncture ou ablation chirurgicale.]

C. Milium. Gravelle de la peau (Planche II).

Le milium se présente sous l'aspect de petits grains, du volume d'une tête d'épingle, de coloration laiteuse, légèrement saillants à la surface de la peau, arrondis, qu'on voit par transparence à travers l'épiderme ; il siège surtout aux paupières, sur les joues, les tempes, plus rarement sur les organes génitaux, les petites lèvres chez la femme. [Sur la peau du scrotum, les éléments du milium peuvent atteindre le volume d'un pois (acné pisiforme de Hardy).] Lorsque apres arrachement de l'épiderme à leur niveau, on énuclée ces petits grains, on remarque qu'ils s'émiettent par une pression légère. Ils sont formés d'un mélange de graisse et de cellules épidermiques desséchées. Ils résultent de la présence d'un obstacle mécanique, par exemple une rétraction cicatricielle, au niveau des lobules glandulaires situés superficiellement dans la peau et dans lesquels la sécrétion sébacée se dessèche. [Pour Neumann, Leloir, Vidal, chaque grain est constitué par une poche fibreuse close, résultant de l'épaississement de la paroi d'un follicule et logeant des cellules desséchées, de la matière grasse, avec des cristaux de cholestérine, parfois des sels calcaires (calculs cutanés).]

Traitement : inciser l'épiderme au niveau du grain, et faire sortir celui-ci par pression. Quand les grains sont nombreux, nous recommandons les applications de savon noir (Kaposi) qui produisent l'exfoliation de la peau irritée.

D. Molluscum contagiosum (Molluscum verrucosum, Condylome endocystique. Acné varioliforme de Bazin).

C'est une excroissance à la surface de la peau, en forme de verrue, de petite nodosité ronde, légèrement surélevée, brillante et transparente; généralement à côté de ces grains, on rencontre de petites tumeurs du volume d'un pois, faisant une saillie hémisphérique et montrant à leur sommet une légère dépression (ombilication).

Par pression ou par excoriation, on peut en faire sortir une masse blanchâtre, de structure lobulaire, enveloppée d'un tissu mince qui envoie des rayons vers le centre; la poche ainsi vidée saigne légèrement. Les petites masses ont une périphérie assez ferme, mais se laissent néanmoins facilement écraser par la pression; leur contenu est formé de cellules épidermiques, de graisse, de cristaux gras, et de « corpuscules de molluscum »; ces derniers sont des formations sans structure apparente, ovoïdes, légèrement brillantes, plus petites qu'une cellule épithéliale; la plupart sont entourés de cellules épithéliales et de débris cellulaires (planche LXV).

Le molluscum est, la chose est bien prouvée, contagieux: il siège sur les surfaces cutanées qui viennent en contact: il s'observe simultanément chez des individus qui ont des relations intimes (enfant et nourrice). Son siège le plus fréquent est au niveau des organes génitaux, du scrotum, du pénis, des grandes lèvres (1), des plis inguino-cruraux.

Il s'observe aussi sur le visage, les paupières, le cou, les avant-bras, les mains, et peut même se généraliser sur tout le corps, comme Kaposi l'a observé sur de petits enfants.

Les mollusca isolés seront vidés par pression simple; s'ils sont nombreux, on les enlèvera chirurgicalement (cuiller de Volkmann, incision).

[Le molluscum présente à la coupe l'aspect d'une glande lobulée. On discute encore sur la nature des corpuscules du molluscum : on en a fait une dégénérescence colloïde ou une transformation cornée incomplète (J. Renaut); Bœllin-

(1) Voy. Mracek, *Atlas manuel de la syphilis*, pl. LXXI, édition française par Emery.

ger et Neisser les ont considérés comme des parasites du groupe des coccidies ; Darier en a fait un moment des psorospermies ; on n'a pu ni les cultiver, ni les inoculer, et des travaux récents reviennent à l'opinion d'une dégénérescence cellulaire. Quant à la nature même de cette tumeur, elle prête également à discussion : Neisser, Unna, Darier en font un épithelioma ; Kaposi, J. Renaut, et tout récemment Gaucher et Sergent en font une altération particulière de la glande sébacée, une sorte d'acné.

Le molluscum est non seulement contagieux, mais il serait aussi inoculable (Retzius, Vidal, Haab).]

3° LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES GLANDES SÉBACÉES ET DES FOLLICULES PILO-SÉBACÉS

Acnés.

On a groupé sous le nom d'Acnés des éruptions de « boutons » siégeant de préférence au visage, et qui présentent entre elles, au moins par l'aspect objectif, une certaine ressemblance. C'est ainsi qu'on a réuni l'*Acné vulgaire, disséminée*, l'*A. rosacée*, l'*A. mentagre*, alors que chacune de ces maladies résulte de processus pathologiques différents.

Aujourd'hui nous considérons l'acné comme maladie constituée par l'inflammation des follicules pilo-sébacés.

[En France, on considère les acnés comme des lésions des glandes sébacées, s'accompagnant de rétention des produits de sécrétion (*A. comédon* ou *ponctuée*, *A. miliaire* ou *milium*, *A. cornée*) ; dans certaines variétés, les tissus périglandulaires participent au processus inflammatoire (*A. pustuleuse*, *A. rosée*, *A. chéloïdienne*, *A. nécrotique*). Rien n'est fréquent comme la coïncidence des diverses acnés avec la séborrhée, chez le même sujet : la même cause générale commande ces divers troubles de l'appareil sébacé.]

Étiologie. — Les acnés peuvent reconnaître diverses causes : le plus souvent, les follicules sont irrités par des agents extérieurs qui les enflamment. Mais, très souvent aussi, il faut chercher une prédisposition maladive de l'organisme lui-même : affaiblissement général, cachexie. En-

fin, nous connaissons des substances qui, par leur élimination à la peau, produisent l'inflammation des follicules. Il est des variétés d'acnés, comme la blépharite ciliaire, l'orgelet, dont certains médecins attribuent l'origine à l'action des staphylocoques du pus. On comprend par suite que les acnés, les folliculites présentent des tableaux cliniques et une évolution des plus variables.

a) **Acné vulgaris.** — L'A. vulgaire, pustuleuse, siège sur le visage (nez, front, menton, joues) et aussi sur la poitrine et le dos (planche XXX); les deux sexes en sont atteints; y sont particulièrement sujets les jeunes filles anémiques, chlorotiques, et les garçons à la période de la puberté (16 à 20 ans), au moment du développement de la barbe. On incrimine souvent, comme cause déterminante, des troubles digestifs (constipation habituelle, vices de régime); nous ne pouvons donner d'explication pausible de ces faits fréquemment signalés par les malades, mais nous ne pouvons néanmoins ne pas leur accorder une certaine importance dans la production de l'acné. On constate chez ces malades, d'ailleurs, une augmentation de la fonction sécrétoire des glandes sébacées (séborrhée huileuse); très souvent l'obstacle opposé à l'excrétion sébacée par la formation de petits bouchons (comédons) dans les conduits excréteurs et les follicules est la véritable cause de l'acné, en produisant la tuméfaction et l'inflammation du follicule et des tissus périglandulaires : c'est ainsi que nous voyons les petits « points noirs » (comédons) au milieu des petits nodules acnéiques (*Acné punctata*). Là où les glandes sébacées sont plus nombreuses (front, pli naso-labial, menton), apparaissent les premiers nodules acnéiques. Un degré inflammatoire plus élevé est représenté par l'*Acné pustuleuse*, où les nodules acnéiques portent à leur centre une pustule. Quand les nodules sont durs et allongés, comme sur les paupières, on a l'*Acné hordeolaris* (*Orgelet*).

Kaposi appelle *Acné ortiée* une variété qui se distingue par des troubles de prurit.

On a décrit encore, comme autre variété d'acné, des folliculites avec développement considérable de tissu de granulation, qu'on observe surtout sur le nez (*Folliculitis exulcerans serpiginosa*).

L'évolution de l'acné est souvent chronique; elle dure plusieurs années, les inflammations se répétant avec une

plus ou moins grande intensité, en sorte qu'à la longue le visage devient tout à fait difforme : on voit alors, à côté de cicatrices allongées, blanchâtres, des lignes de pustules surélevées, d'autres en train de guérir; des nodosités inflammatoires de diverses grandeurs : un observateur inexpérimenté y reconnaîtrait difficilement un processus ayant son origine dans les follicules. De plus, la propagation de l'inflammation des glandes sébacées aux tissus plus profonds amène la formation d'abcès assez volumineux avec pus liquide, quelquefois épaissi. La longue durée de cette affection la rend pénible pour le malade et répugnante pour son entourage; mais l'état général n'en est point altéré.

[L'acné vulgaire, simple, reconnaît comme causes, outre les troubles digestifs signalés par l'auteur, des altérations des fonctions génitales (acné menstruelle, siégeant au menton, autour de la bouche; acné de la grossesse; acné des femmes atteintes de lésions utérines avec leucorrhée).

Toutes ces circonstances prédisposent aux lésions des glandes sébacées : oblitération d'abord de l'orifice des follicules, rétention consécutive des produits de sécrétion, puis suppuration du contenu glandulaire; de là résulte, comme altération anatomique, l'inflammation des glandes et de la partie adjacente du derme, où Unna décrit une variété de cellules géantes multinucléées (*chorioplaxes*).

Unna attribue l'action nocive dans ces cas aux mêmes cocco-bacilles dont nous avons déjà parlé à propos de la séborrhée; pour d'autres auteurs, il faudrait faire intervenir surtout les pyogènes vulgaires (staphylocoque blanc)].

b) **Acné nécrotique** *varioliforme :* elle siège à la lisière des cheveux, sur le cuir chevelu, et se caractérise en ce que les nodules et les pustules, rapidement développés, se dessèchent en une croûte qui laisse, après sa chute, une légère dépression cicatricielle.

[L'Acné nécrotique (C. Boeck), appelée encore A. pilaire (Bazin), varioliforme (Hebra), rodens (Vidal), ulérythème acnéiforme (Unna), est caractérisée, on a vu, par son siège de préférence à la lisière du cuir chevelu, de chaque côté du front, et par son évolution (au début, saillie rougeâtre avec pustulette centrale; puis remplacement de la pustulette par une croûte jaunâtre, qui laisse après sa chute une cicatrice indélébile, rappelant celles de la variole). La

maladie marche par poussées successives de 10, 15 éléments, et dure longtemps : de là, des cicatrices nombreuses à la longue, avec disparition des poils à leur niveau.

Les lésions semblent se faire primitivement en dehors des glandes sébacées : c'est une nécrose de l'épiderme et de la gaine externe des poils (C. Boeck et Pick) entamant ensuite le derme par un processus de congestion vasculaire et d'infiltration périvasculaire (Dubreuilh).]

c) **L'Acné des cachectiques** (planche III) se développe chez des individus épuisés, marastiques; elle envahit moins le visage que les autres variétés; elle est répandue sur le corps, mais surtout sur les extrémités inférieures : les éléments ont une teinte livide; ils ont une tendance à se nécroser et à se transformer en ulcères torpides. Cette éruption est souvent associée au Lichen scrofulosorum. On note assez fréquemment des épanchements hémorrhagiques autour des follicules et dans les nodosités inflammatoires.

d) **Acné artificielle.** — Nous connaissons des substances qui provoquent l'inflammation des follicules pilo-sébacés, sur les points où elles sont en contact avec la peau. Ainsi font le goudron, l'huile de cade appliqués sur des surfaces pileuses; on observe le même fait chez les ouvriers maniant la paraffine sale (acné sur le dos des mains et les avant-bras); la benzine, la créosote ont été accusées des mêmes accidents. Les préparations à base d'Iode et de Brome sont reconnues comme des causes d'acné : l'iodure de potassium et l'iodure de sodium ne provoquent pas seulement les symptômes connus de catarrhe des muqueuses (coryza iodique), mais aussi, par l'élimination au niveau des glandes sébacées de produits de sécrétion modifiés, ils irritent les follicules et amènent la production de nodosités acnéiques disséminées non seulement sur le visage, mais souvent sur tout le corps : ces éruptions s'accompagnent d'une sensation de brûlure et de douleur légère. Il est plus rare d'observer une tuméfaction considérable des follicules, du volume de lentilles, qui rétrocède sans laisser de cicatrices. L'acné bromique toutefois produit une infiltration plus forte des follicules et n'est pas aussi disséminée que l'acné iodique; elle se cantonne sur des territoires cutanés restreints, en formant des placards surélevés, irréguliers, de la grandeur parfois d'une main; la surface de ces placards se fragmente

rarement, il se forme seulement de petites zones humides sur un fond irrégulièrement surélevé et d'un rouge plus ou moins intense. Le diagnostic de l'acné bromique est parfois très difficile; on peut facilement la confondre avec des productions syphilitiques ou carcino-épithéliales : nous avons observé chez une malade, à la jambe, un exemple de ces difficultés ; cette malade présentait des tuméfactions peu saillantes, à surface granuleuse, de l'étendue d'une assiette, elle prenait clandestinement des doses assez fortes de bromure de potassium : le diagnostic d'acné bromique reposait sur l'absence d'antécédents spécifiques, sur le caractère des éléments éruptifs plus inflammatoire que dans la syphilis, sur l'évolution plus rapide que pour les productions carcino-épithéliales.

Traitement de l'acné pustuleuse. — Il faut tenir compte des causes signalées, et le traitement interne doit marcher de pair avec le traitement externe.

On commencera par ouvrir les petits abcès, scarifier les nodosités dures ; quand les petites cicatrices ainsi produites seront guéries par des applications de pommades indifférentes, on fera savonner les parties malades avec de l'eau chaude et un savon (savon de potasse, esprit de savon, et toute l'armée des savons médicamenteux) : pour certains cas légers, ce traitement peut suffire déjà ; généralement, on fait faire ces lavages plusieurs fois par jour. On y associe pour la nuit une pommade du type d'une des suivantes :

Soufre précipité . .	} *ãa* 10 gr.
Carbonate de potasse.	
Glycérine	
Eau de laurier-cerise.	
Esprit de vin . . .	

ou bien :

Soufre	} *ãa* 10	
Baume du Pérou .		
Camphre	2	(Eichhoff).
Savon vert	5	
Axonge	30	

ou encore :

Sous-nitrate de bismuth	}	*āa* 2
Précipité blanc . . .		
Ichthyol		
Vaseline		20

Appliquer une couche épaisse avant le coucher (Hebra, Ullmann).

Camphre	}	*āa* 0,30 à 0,50.
Acide salicylique .		
Soufre.		10
Oxyde de zinc		2
Savon médicinal . . .		1
Huile de physeteris . .		12

à employer chaque soir (C. Bœck).

Schütz emploie la préparation :

Soufre	}	*āa* 25.
Sulfure de calcium .		
Phosphure de calcium		

à délayer dans un peu d'eau pour employer le soir.

On pourra, au lieu de pommades, prescrire une des lotions suivantes :

Soufre	15
Camphre . . .	12
Eau distillée . .	250

ou bien :

Lait de soufre .	10
Esprit de vin . .	50
Esprit de lavande	10
Glycérine . . .	150

ou encore :

Lait de soufre .	}	*āa* 30
Esprit de vin .		
Eau de roses .		
Mucilage de gomme arabique		10 à 20

à employer toutes les 3 heures.

On peut recourir à toutes autres solutions et mixtures alcooliques semblables.

Nous avons obtenu de très bons résultats de la méthode

de décortication préconisée par Lassar ; on se sert pour cela de la pâte suivante :

Naphtol β . . .	10
Soufre précipité .	40
Vaseline . . }	ãa 25
Savon de potasse }	

appliquer sur les parties affectées une couche de l'épaisseur d'un dos de couteau ; laisser en place un quart d'heure à une heure ; l'enlever ensuite, et la remplacer par une poudre indifférente. Pendant la nuit, le malade se couvre d'une pâte résorcinée à 10, 20 0/0. Après quelques jours de ce traitement, la peau s'enflamme, l'épiderme pèle, et l'acné se trouve améliorée ou même guérie ; dans le premier cas, on répète la méthode.

Comme pâte décorticante, Unna emploie :

Résorcine . . .	40
Oxyde de zinc .	10
Terre de silice .	2
Axonge benzoïnée	28

[La thérapeutique des dermatologistes français est basée sur les mêmes principes : peut-être insistons-nous plus fortement sur le traitement interne (régime alimentaire, laxatifs ; chez les lymphatiques, arsenic, huile de foie de morue, hydrothérapie) ; on a préconisé à l'intérieur le soufre, l'ichthyol, et dans ces derniers temps la levûre de bière à la dose de 3 cuillerées par jour (Brocq).

Comme médications externes, nous employons également les lotions avec les divers savons médicamenteux (soufre, naphtol, goudron, acide salicylique), les lotions soufrées, les lotions à l'ichthyol (10 à 50 pour 100 d'alcool et éther), au borax (2 à 5 0/0), à la résorcine (2 à 5 0/00), les pommades à base de soufre (5 à 10 0/0), d'acide salicylique (1 à 3 0/0), d'ichthyol (10 à 15 0/0). — Les malades se trouvent bien de ne se servir pour la toilette que d'eau chaude, et de badigeonner à la teinture d'iode les nodosités naissantes.

Dans les formes phlegmoneuses, il faut recourir à la ponction ou à la cautérisation ignée.

Comme cures minérales, on recommandera Cauterets, Luchon, Barèges, Uriage (eaux sulfureuses) ou La Bourboule (eaux arsenicales).

Quant à l'acné médicamenteuse, elle guérira par la suppression de la cause et des applications émollientes : rappelons que Féré a fait tolérer à ses malades le bromure de potassium à hautes doses, sans apparition de bromides, en associant le médicament à des antiseptiques intestinaux.]

e) **Acné mentagre. Sycosis** (*folliculites de la barbe*). — Le sycosis est une maladie qui affecte exclusivement les parties poilues du corps; le plus souvent c'est au visage qu'il s'observe (lèvre supérieure, joues, menton, sourcils, paupières, orifices du nez); il se manifeste aussi aux aisselles, aux organes génitaux, plus rarement sur le cuir chevelu. Nous avons ici une inflammation du follicule et du tissu périfolliculaire.

Au début il se produit de petites nodosités qui deviennent pustuleuses et qui sont centrées par un poil : ces poils sont désinsérés, et, après extraction, on constate que leur racine est tuméfiée, jaune, infiltrée de pus : d'ailleurs on fait sourdre du pus par la pression du follicule. Lorsque les pustules sont très rapprochées, il se forme d'assez grandes infiltrations inflammatoires qui se recouvrent de croûtes (Pl. XXXI) ; après la chute des croûtes il reste une cicatrice : le follicule sous-jacent est vidé. Lorsque la durée se prolonge et que les placards sont étendus, il reste des surfaces cicatricielles entièrement glabres. Cette maladie peut durer plusieurs années, et, comme elle affecte des régions du corps accessibles à la vue, on comprend qu'elle soit très pénible pour le malade. D'ailleurs, les pustules sont très sensibles, et, lorsqu'il y a des inflammations étendues, les placards sont vraiment douloureux.

Les causes de ce sycosis non tricophytique sont inconnues; nous voyons seulement que l'eczéma conduit parfois à la folliculite, et qu'un coryza chronique est souvent suivi de sycosis de la lèvre supérieure.

[Il est bon de distinguer, dans les folliculites de la barbe, deux variétés : 1° *folliculite simple*, sans réaction des tissus périfolliculaires : caractérisée par le développement de pustulettes centrées par un poil, puis suivies de croutelles qui tombent en laissant parfois une alopécie définitive ; 2° *sycosis* (folliculite et périfolliculite) : développement de nodosités rouges, qui se surmontent d'une pustulette centrée par un poil : après dessèchement des pustules, formation de croûtes, qui tombent avec les poils des follicules malades.

La variété de folliculite sous-narinaire, appelée aussi eczéma sous-nasal, forme sous la narine un placard saillant, récidivant, rougeâtre, semé de pustules péripilaires ; c'est une lésion tenace, récidivant volontiers l'hiver quand le coryza causal s'exaspère lui-même.

Nous croyons devoir rapprocher de ces lésions les **folliculites dépilantes du cuir chevelu** (*acné décalvante de Lallier, alopécie cicatricielle innominée de Besnier*). Il se forme par places, sur le cuir chevelu, des pustules éphémères centrées par un poil ; la croûte qui leur fait suite tombe avec le poil : l'atrophie du follicule pileux est définitive. La peau prend à ce niveau un aspect atrophié, blanc mat. Souvent les lésions sont réunies en placards qui laissent à leur suite des plaques alopéciques irrégulières (ce qui les différencie des plaques peladiques), disséminées sur le cuir chevelu. Ducrey et Stanziale, qui ont trouvé des staphylocoques dans ces lésions, les rapprochent du processus de l'acné chéloïdienne (sclérose du tissu conjonctif dermique avec destruction des follicules pilo-sébacés).

La pseudo-pelade de Brocq est une affection très voisine des précédentes.

Le traitement de ces folliculites du cuir chevelu consiste à épiler autour des follicules malades, et à pratiquer des lotions de sublimé à 1/500 et des onctions de pommades au soufre, à l'ichthyol, au turbith.]

Traitement du sycosis. — Dans les cas légers, on peut conserver la barbe, mais dans les formes graves il faut la tondre aussi courte que possible. On fera ensuite tomber les croûtes au moyen de pommades amollissantes ; on épilera à la pince les poils au niveau des pustules, et enfin on rasera la peau. Si le malade est trop sensible, ou s'il y a une forte réaction inflammatoire, on évitera la rasure, et on la remplacera par des applications de pâtes au sulfite de baryum ; Leistikow recommande, pour les préparer, de mélanger du sulfate de baryte, du charbon et de l'huile de lin ; on chauffe fortement, et on obtient une poudre d'un bleu foncé qui est le sulfite de baryum. On formule :

Sulfite de baryum	10
Oxyde de zinc. .	*ãa* 5
Amidon. . . .	

On mélange cette poudre à l'eau à consistance de pâte, et

on applique sur la barbe ; après dix minutes, on l'enlève par lavage.

Il faut avoir soin encore d'inciser les abcès et de favoriser la résolution des nodosités par des applications d'emplâtre gris.

Ceci fait, on emploie comme traitement consécutif : des mixtures, pâtes et savons à base de soufre, l'onguent de Wilkinson, des lavages avec des solutions alcooliques de sublimé (2 0/0), de résorcine (5 à 10 0/0), de pyrogallol particulièrement (2 0/0). Eichhoff emploie en frictions énergiques la préparation :

Naphtaline. . . Acide salicylique	*ãa* 3
Chloroforme . . Esprit de vin . . Glycérine . . .	*ãa* 10

f) **Acné chéloïdienne.** — En parlant du sycosis, je crois utile de dire quelques mots d'une maladie appelée par Kaposi *Dermatitis papillaris capillitiæ,* que d'autres (Bazin, Rogets) dénomment *acné chéloïdienne.* A la limite des cheveux, sur la région de la nuque, se forment des nodosités qui se changent en végétations papillaires, saignant légèrement et recouvertes de croûtes. Le processus gagne petit à petit jusqu'au niveau de la raie. Les cheveux sont collés en bouquets ou font complètement défaut. Finalement il se développe un tissu conjonctif de nouvelle formation, qui atrophie les follicules et détermine l'alopécie ; on trouve parfois des bouquets de cheveux émergeant du tissu scléreux.

[Les lésions de cette maladie, étudiées par Dubreuilh, Unna et récemment par Mantegazza, sont, au début, des folliculites pilo-sébacées ; plus tard, le tissu scléreux dermique de nouvelle formation atrophie les follicules superficiels.

Elle est spéciale à l'homme adulte ; peut-être le col jouet-il un certain rôle dans sa production. On la traite, au début, à la période de folliculites, par les applications soufrées ou de sublimé; plus tard, contre la sclérose chéloïdienne, on usera d'emplâtres résolutifs (de Vigo, de Vidal, pyrogallique).]

g) **Acné rosacée.** — C'est une maladie qui se caractérise par une coloration rouge ou bleuâtre du nez, avec augmen-

tation de volume de cet organe, et qui s'étend parfois, avec les mêmes caractères, sur le front, les joues, la lèvre supérieure, le menton. Elle s'observe surtout chez des individus âgés, du sexe masculin de préférence, mais on la rencontre aussi chez la femme, soit à la puberté, soit plus souvent à la ménopause. Au début, les malades se plaignent à l'occasion de circonstances banales (chambres trop chauffées, émotions, boissons) d'éprouver un sentiment de chaleur vers le nez qui prend une teinte rouge ; cette coloration disparaît, et la peau du nez reste seulement un peu humide, séborrhéique. Après un temps plus ou moins long, la coloration rouge devient persistante, ne cédant qu'à la pression pour reparaître de suite. Cette rougeur s'accompagne de tuméfaction ; de plus on voit parfois dès le début la peau du nez sillonnée de veinosités serpentines, isolées ou réunies, qui donnent aux parties malades une teinte bleuâtre. La tuméfaction est en rapport avec un gonflement du tissu conjonctif, qui commence autour des vaisseaux et s'étend irrégulièrement. Il se forme souvent, à la surface des parties malades, de petites nodosités aplaties, isolées, qui s'accroissent en nombre et en volume, se réunissent, et arrivent à former de véritables excroissances de la grosseur d'une cerise, d'une noix ; dans quelques cas, le nez hypertrophié, garni d'excroissances pédiculées, atteint le volume du poing, et l'organe déformé pend jusqu'au niveau de l'orifice buccal (*Nez d'une livre*, *Rhinophyma*).

La peau est de plus semée de follicules sébacés élargis, et çà et là de nodules acnéiques.

Les malades souffrent parfois d'un sentiment de brûlure, dépendant à mon sens de la suppuration des pustules d'acné.

La consistance de ces nez volumineux reste longtemps molle, élastique ; ils sont rarement durs.

Au début, alors que le gonflement nasal est encore modéré, on peut confondre l'acné rosacée avec le *Lupus érythémateux ;* mais bientôt l'altération des vaisseaux prédominante, la surface rouge et brillante, l'absence d'une limite périphérique nette, le manque de formations cicatricielles distinguent l'acné rosacée. Le *Lupus vulgaire* se différencie par le travail de formation et en même temps de désintégration des nodules ; il en est de même de la syphilis.

Les grandes hypertrophies du nez dans l'acné rosacée ont

des analogies avec le *Rhinosclérome*, dont elles se différencient toutefois par la consistance plus molle de l'organe.

C'est un aphorisme vulgaire, que ces malades sont des buveurs ; et nous devons en effet accepter, dans la plupart des cas, le rôle étiologique des abus d'alcool, surtout du vin blanc aigre et de l'eau-de-vie (de pommes de terre) ; mais la boisson n'est pas une cause directe de la maladie, il faut surtout invoquer le catarrhe chronique gastrique et intestinal, habituel chez les buveurs.

L'expérience nous apprend encore que les individus exposés aux intempéries (cochers, vendeuses de la rue, marins) souffrent d'acné rosacée ; il est vrai que précisément ces sujets font des excès d'alcool sous prétexte de combattre le froid.

Notons que nous avons trouvé souvent chez ces malades de la pâleur de la peau et des conjonctives.

D'autres facteurs étiologiques sont encore à mentionner : la puberté pour les jeunes filles, la ménopause; il est vrai que ces étapes de la vie génitale s'accompagnent d'anémie; nous croyons que les états anémiques persistants prédisposent à l'acné rosacée.

Celle-ci serait donc le résultat de troubles digestifs, avec insuffisance nutritive, de troubles génitaux, d'appauvrissement de sang.

Le **pronostic** de cette affection est peu favorable, soit en raison de notre ignorance des véritables causes, soit parce que la cause réside précisément dans une manière de vivre de l'individu à laquelle on ne peut remédier ; notons toutefois qu'elle n'arrive jamais à menacer l'existence.

Traitement. — Il est de la plus grande importance de combattre les troubles associés, tels que ceux relevant d'une grossesse, d'une lésion utérine, des abus d'alcool, de la gastrite, de la constipation, et cela pendant toute la cure. Comme désinfectant intestinal, Schütz recommande :

Thymol	0,20
Esprit de vin rectifié. .	25
Eau distillée	150

une cuillerée à soupe dans un verre d'eau à 10 h. du matin et à 5 h. du soir.

Contre la constipation faire prendre 3 fois par jour après manger une des pilules :

Extrait d'aloès . . .	0,50
Sulfate de fer. . . .	3
Extrait de belladone .	0,20
Sucre q. s.	

pour 50 pilules.

[Il sera bon également de prescrire aux arthritiques l'usage des alcalins. A tous les malades, on recommandera de se protéger contre le froid, surtout aux pieds.

On a recommandé, pour combattre la production des varicosités couperosiques, l'hamamelis virginica.]

Les traitements locaux varient avec la gravité des lésions: au premier stade, on se contentera de lotions à l'eau bien chaude, d'applications d'emplâtre agglutinatif, d'emplâtre salicylique, de mixtures soufrées. La formule suivante donne de bons résultats :

Soufre précipité . . . . . Chlorhydrate d'ammoniaque .	ãa	1,20
Alcool camphré		2.40
Vinaigre de vin. . . . . . Liq. cupro-ammoniacale. . .	ãa	4
Eau de laurier-cerise . . . Eau de roses	ãa	15

bien agiter avant de s'en servir (Schütz).

Contre les infiltrations plus marquées on emploiera les applications de teinture d'iode, de glycérine iodée, d'emplâtre cinereum.

Quand les ectasies vasculaires sont abondantes, le meilleur traitement est la scarification de la peau ; [on pratiquera des scarifications quadrillées, répétées toutes les semaines, assez profondes pour faire saigner les vaisseaux ; la petite hémorrhagie consécutive est arrêtée par des tampons d'ouate hydrophile sèche].

Certains médecins (Hardaway, Lassar) préfèrent l'aiguille électrolytique.

Quant au rhinophyma, il relève exclusivement du traitement chirurgical.

h) [**Acné cornée.** — L'acné cornée, décrite par Cazenave,

étudiée ensuite par Hardy, Vidal et Leloir, est une affection rare, caractérisée par la présence de saillies jaunâtres, grisâtres ou noirâtres, acuminées et dures, isolées ou réunies en placards, donnant, au contact de la peau malade, la sensation d'une brosse rude; en pressant ces saillies, on peut en faire sortir de petites masses cornées; on voit, après leur sortie, les orifices folliculaires béants.

Cette affection siège au front, au nez, au tronc, aux membres.

L'acné kératique de Tenneson en est tout à fait voisine. Cette maladie, éminemment chronique, doit être traitée par le vidage des masses cornées, des applications de savon noir, de pommades au soufre et à l'acide salicylique, ou à l'iodure de mercure (0,25 pour 30, Hardy).]

II. TROUBLES CIRCULATOIRES DE LA PEAU

A. Anémie de la peau.

L'anémie de la peau est le plus souvent un des signes de la pauvreté de sang de l'organisme. Elle se manifeste par la pâleur et le refroidissement du revêtement cutané. L'anémie de la peau peut être produite par une excitation psychique (frayeur, colère), par un réflexe d'origine digestive (vomissements, coliques, etc.) ; des anémies locales peuvent dériver du froid ou du resserrement passager des gros vaisseaux : toutes ces variétés ont peu d'importance en raison de leur courte durée ; elles ne déterminent pas d'autres modifications de la peau.

Au contraire, quand les anémies de la peau, locales ou généralisées, que nous venons de mentionner, ont une durée plus persistante, ou bien se reproduisent à courts intervalles, elles produisent alors des troubles des sécrétions et de la nutrition cutanée : la peau se sèche, l'épiderme tombe en lamelles; il en résulte des états atrophiques de la peau, des excoriations et même des ulcérations nécrotiques profondes.

B. Hyperhémies de la peau.

Les *hyperhémies de la peau* ont une grande importance nosologique : elles résultent, soit de l'afflux du sang sur une partie de la peau excitée (*hyperhémies actives*), soit de l'arrêt et de la stagnation du sang par empêchement de la circulation de retour (*hyperhémies passives*).

L'hyperhémie active, qui répond à l'érythème congestif, résulte de la distension sanguine des vaisseaux les plus fins de la couche papillaire. Sur des districts plus ou moins étendus, la surface cutanée présente une teinte rouge ou d'un rouge bleu ; souvent la rougeur est limitée en petites taches circulaires qui disparaissent à la pression pour reparaître aussitôt. Les malades ressentent parfois un peu de chatouillement ou de cuisson. Quand ces hyperhémies sont passagères, elles ne laissent sur la peau aucune trace ; durent-elles plus longtemps ou récidivent-elles souvent, alors on note à leur suite de la desquamation de l'épiderme, de la pigmentation de la peau, une exagération dans le fonctionnement des glandes sébacées et sudoripares.

Les états hyperhémiques de la peau succèdent à des excitations mécaniques, thermiques ou chimiques, atteignant directement le revêtement cutané : notons qu'une excitation périphérique (grattage par exemple) peut, par voie nerveuse réflexe, produire un état hyperhémique de terriroires cutanés éloignés. Enfin, des troubles psychiques (pudeur, ou toute autre excitation d'origine cérébrale) peuvent directement exciter les vaso-moteurs et produire l'hyperhémie de la peau.

Parmi les *hyperhémies passives*, il faut mentionner la **lividité**, qui résulte de la gène à la circulation de retour exercée par la pression d'un bandage ou d'une tumeur siégeant sur le trajet des veines ; le froid, l'ectasie des veines enflammées fait de même : la peau prend alors sur des surfaces plus ou moins étendues une teinte bleuâtre.

La **cyanose** désigne une teinte bleuâtre de la peau, occupant des territoires très étendus, et accompagnée souvent de dilatation des vaisseaux ; elle succède à l'oblitération des grosses veines, ou bien elle résulte de troubles du cœur, de la stagnation du sang dans les gros vaisseaux. La cyanose

peut déterminer des altérations persistantes de la peau, variables selon les sujets : œdème chronique, épaississement de la peau.

L'hyperhémie de la peau peut n'être que la première étape d'un processus inflammatoire de cet organe. Une excitation des nerfs vaso-moteurs produira d'abord, par l'intermédiaire des capillaires, une congestion active ; celle-ci pourra n'être que l'avant-stade d'une inflammation qui n'est pleinement réalisée que par la participation des éléments parenchymateux. La distance qui sépare l'hyperhémie de l'inflammation n'est pas grande ; ce n'est qu'après l'apparition des exsudats et du processus d'infiltration, que l'inflammation est bien caractérisée : ces dernières conditions anatomo-pathologiques de l'inflammation existent toujours simultanément, mais, selon la prédominance de l'une ou de l'autre, le tableau clinique varie complètement. C'est ainsi qu'on observera des inflammations simplement *érythémateuses*, d'autres *vésiculeuses*, d'autres enfin qui aboutiront à la *formation de pustules ou d'ulcérations*.

C. Erythèmes

Nous groupons, sous ce titre général, des états légèrement inflammatoires de la peau qui se diffusent, en s'accompagnant d'une légère exsudation dans les couches superficielles ; le type de ce genre d'altérations cutanées est l'érythème exsudatif multiforme. Dilatation vasculaire, migration active des leucocytes, imbibition œdémateuse du corps papillaire, légère prolifération du tissu conjonctif : tel est le substratum anatomique de l'inflammation cutanée dans cette affection : il se complète par la multiplication des cellules et le soulèvement vésiculeux de l'épiderme.

[Les érythèmes sont des plus variés dans leur coloration, leur siège, leur étendue, la forme de l'éruption. Variées aussi sont leurs causes, et des plus multiples. On peut les grouper sous les têtes de chapitre suivantes :

1° Causes externes : parasitaires, ou non parasitaires (chaleur, froid, rayons lumineux ou chimiques, applications irritantes, pression prolongée, etc.).

2° Intoxications médicamenteuses et alimentaires.

3° Lésions et troubles du système nerveux central ou périphérique.

4° Maladies infectieuses diverses ; pour certaines notamment (fièvres éruptives), l'éruption érythémateuse est le symptôme principal.

5° Causes diathésiques (conditions individuelles de prédisposition.

Dans bon nombre de faits cliniques, le processus pathogénique est complexe, et parfois même plein d'obscurités.]

a) **Erythème Polymorphe.** — *Erythème exsudatif multiforme* (Planche VI). — Il siège le plus habituellement sur les avant-bras et les bras, au niveau des articulations des genoux, aux extrémités, puis au visage, au cou, à la nuque, sur le thorax. Il se caractérise par l'apparition rapide de petites élevures qui deviennent en quelques heures des taches d'un rouge vif ; on voit en deux jours la peau recouverte d'efflorescences légèrement surélevées ; les plus anciennes s'affaissent bientôt et pâlissent au centre, tandis que la périphérie s'étend, limitée par un contour rouge. Le plus souvent les éléments voisins se fusionnent ; par leur mélange avec les plus récents, l'éruption prend un caractère polymorphe. Lorsque la maladie ne dépasse pas le premier stade, elle réalise le type de l'**Erythème papuleux** ; quand les taches éruptives sont presque toutes contemporaines et que domine la tendance à leur coalescence, on dit : **Erythème figuré.**

A un degré plus avancé, après l'exsudation simple qui forme le substratum anatomique du processus, se produisent des soulèvements épidermiques sous forme de bulles du volume de lentilles, de pois, reposant sur une base rouge et de consistance ferme (**Erythème vésiculeux, bulleux**) (Planches VII et VII *a*).

Quand ces bulles s'ordonnent en couronne, c'est-à-dire quand autour d'une ou plusieurs vésicules primaires il se développe un cercle de nouvelles bulles, l'éruption prend le nom de **Herpès iris**. Quand les bulles anciennes se dessèchent au centre, et que seule persiste la couronne bulleuse périphérique, on dit : **Herpès circiné**. Ces deux dernières formes siègent habituellement sur le dos de la main et du pied, en compagnie des autres érythèmes sans lesquels on ne les observe guère.

La maladie parcourt toute son évolution en 2 à 3 semaines ; elle revient souvent aux mêmes saisons de l'année.

Selon l'intensité du processus exsudatif, les efflorescences ont une évolution variable ; elles peuvent se terminer au bout de 8 à 10 jours en laissant une légère desquamation épidermique ; mais elles peuvent aussi se prolonger pendant 4 à 6 semaines, surtout quand elles procèdent par poussées répétées, ce qui est un caractère fréquent de la maladie ; dans ces dernières conditions l'affection peut durer plusieurs mois.

Quelquefois les muqueuses buccale et génitale participent à l'affection : les lésions y sont en général limitées en étendue, mais il y a toujours un processus inflammatoire diffus.

En dehors de ces signes objectifs, la maladie s'accompagne d'un prurit modéré, quelquefois d'un sentiment de brûlure, d'une certaine fatigue générale, de dépression psychique. Comme d'autres médecins, nous avons pu constater chez nos malades des troubles gastriques sérieux. Parfois les malades se plaignent de douleurs dans les jointures, qui peuvent revêtir un caractère intense : il est rare toutefois d'observer, avec des complications inflammatoires des séreuses, de l'albuminurie ou de l'hématurie ; dans ces cas, il y a préalablement une intoxication générale sérieuse.

L'élévation de la température du corps est un fait habituel, mais la fièvre ne garde pas un type défini.

b) **Erythème noueux.** — C'est une variété d'érythème qui ne se différencie de l'érythème polymorphe que par ses caractères objectifs, non par sa nature. Souvent les deux sont juxtaposés sur le même malade. L'érythème noueux consiste en nodosités (Pl. VIII), très rouges, siégeant sur la face antérieure de l'articulation du genou, plus rarement au niveau du poignet et de l'avant-bras. Les nodosités s'agrandissent et se réunissent de manière à tuméfier notablement la région atteinte : elles sont douloureuses à la pression ; elles ont une consistance dure, mais élastique. Les troubles généraux au cours de cette affection sont pour ainsi dire les mêmes que dans l'érythème polymorphe : nausées, affaiblissement, fièvre, douleurs articulaires. Le gonflement diminue au bout d'une à deux semaines, et l'évolution totale prend fin habituellement après 3 à 5 semaines. Quand, dans les nodosités, il se fait à côté de l'infiltration séreuse des infiltrations hémorrhagiques, les éléments prennent

une teinte bleuâtre (**érythème contusiforme** : pl. VIII), puis changent graduellement de couleur, passant au jaune, au jaune vert.

[Certains auteurs (Kaposi, Hebra, Talamon, Comby) distinguent absolument l'érythème noueux de l'érythème polymorphe, en font une maladie autonome, de nature infectieuse ou rhumatismale.]

Etiologie. — Les causes de l'érythème polymorphe et des processus analogues sont encore peu précises : nos connaissances à ce sujet ne consistent qu'en faits empiriques, ou en hypothèses plus ou moins théoriques. L'expérience nous montre que l'usage de certains fruits (fraises, groseilles à maquereau, mûres sauvages), de certains aliments (huîtres, homards, écrevisses, poissons de mer), surtout la consommation de viande de porc grasse et ancienne, de saucisses, produit, par l'intermédiaire de troubles digestifs, l'érythème. D'après des recherches cliniques que nous avons faites il y a quelques années, il nous paraît vraisemblable que dans certains cas, tels que l'ingestion d'aliments putréfiés, ce ne sont pas seulement les substances directement introduites dans l'organisme qui sont à incriminer, mais aussi des principes secondairement produits dans le tractus digestif par viciation de l'élaboration. Notre collaborateur, le Dr Freund a toujours constaté, dans ces cas, la présence dans les sécrétions de toxines et ptomaïnes en quantité notable ; malheureusement la preuve expérimentale nous fait défaut pour établir nettement cette pathogénie.

[L'érythème polymorphe, maladie de sujets jeunes, souvent arthritiques ou névropathes, survient dans les conditions étiologiques les plus diverses ; tantôt il est la suite d'une intoxication alimentaire, comme il a été dit plus haut ; d'autres fois, c'est une intoxication médicamenteuse qui est en cause ; d'autres fois encore, il vient au cours d'une maladie infectieuse, soit comme manifestation supplémentaire de l'infection causale, soit comme symptôme d'une infection secondaire surajoutée. Ces diverses variétés étiologiques constituent l'**érythème polymorphe symptomatique** que nous retrouverons aux chapitres suivants des érythèmes d'origine alimentaire, médicamenteuse, ou symptomatiques des maladies infectieuses. Mais à côté de ces faits, il en est d'autres où l'érythème polymorphe survient comme une maladie protopathique : *c'est l'érythème dit idiopa-*

thique, dont la pathogénie est encore obscure : on sait qu'il survient souvent à la suite de fatigues, de surmenage ; on a noté sa fréquence chez les sujets atteints de lésions génitales. Pour la plupart des auteurs contemporains, l'érythème polymorphe, par son allure clinique, les phénomènes généraux, les complications viscérales qui s'y associent, est vraisemblablement de nature microbienne et souvent à porte d'entrée intestinale ; mais il est probable aussi que l'infection causale n'est point univoque, et qu'elle doit, selon les cas, relever de microbes divers. Si, dans certains faits, Haushalter, Simon et Legrain ont constaté des micro-organismes dans les bulles, les recherches faites dans le sang ont toujours été négatives ; probablement les toxines microbiennes sont-elles, plus que les microbes, les agents qui, par l'intermédiaire du système nerveux, réalisent le processus érythémateux. Pour Gaucher, l'érythème polymorphe relève presque exclusivement de l'infection rhumatismale ; c'était l'opinion de beaucoup d'anciens auteurs.]

Traitement. — Quand on pourra établir ou soupçonner l'origine intestinale de l'érythème multiforme, on prescrira un régime approprié, un purgatif, on fera de l'antisepsie intestinale par l'un des moyens suivants :

Menthol 0,20

à prendre 3 fois par jour dans une capsule gélatineuse ; ou bien :

Poudre d'écorce de cannelle 0,20
Huile de menthe poivrée. } *āā* une goutte.
Huile d'eucalyptus. . . }

délivrer 20 doses semblables, en capsules gélatineuses ; en prendre 4 à 6 par jour (Freund).

S'il y a de l'angine, on la traite d'après les règles ordinaires ; contre les douleurs et les tuméfactions articulaires, on emploiera, outre les applications locales (eau glacée, solution d'acétate de plomb, liqueur de Burow), le salol et le salicylate de soude à l'intérieur.

Contre le prurit on prescrira des badigeonnages avec de l'alcool phéniqué et salicylé, etc., suivis de larges poudrages à l'amidon.

Même traitement dans l'érythème noueux et même dans le purpura rhumatismal (planche XI).

c) **Erythèmes dans les maladies infectieuses.** — Mentionnons les modifications pathologiques de la peau, qu'on observe comme avant-coureurs ou comme satellites de différentes maladies infectieuses : dans la fièvre typhoïde, le choléra, les pneumonies graves, la septicémie, les fièvres éruptives, etc., on peut voir sur le tronc (généralement à l'épigastre), sur la face antérieure des mains et des avant-bras, sur les jambes et les pieds de petites taches roséoliques, ou même des extravasations sanguines sous forme d'ecchymoses ou de pétéchies. Quelquefois ces manifestations cutanées relèvent directement d'amas microbiens dans les capillaires; dans la plupart des cas il s'agit plutôt de toxines agissant sur les nerfs vaso-moteurs.

[Parmi les plus communs de ces érythèmes au cours des maladies infectieuses, signalons les rash de la variole (rubéoliformes, scarlatiniformes, purpuriques), la roséole vaccinale ; dans la fièvre typhoïde, mentionnons, outre la possibilité de la généralisation à tout le corps des taches rosées, des érythèmes tantôt bénins, tantôt mortels (Forget, Maurice Raynaud, Morin, Hutinel) ; dans le choléra, des érythèmes roséoliques, scarlatiniformes, à la période de réaction, d'un pronostic favorable; dans la septicémie, l'infection puerpérale des érythèmes scarlatiniformes (scarlatine des blessés et des accouchées); de même, dans les diphtéries hypertoxiques (G. Sée), dans les angines pseudo-diphtéritiques à streptocoque.

Hutinel a montré que, dans la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, ces érythèmes relèvent le plus souvent du streptocoque entré par les fissures des lèvres, les ulcérations de la bouche et du pharynx : ceci impose, comme traitement prophylaetique de ees érythèmes d'infection secondaire, l'antisepsie la plus minutieuse de la cavité buceo-pharyngée au cours de la maladie infectieuse primitive.]

[*d*) **Erythèmes par intoxication alimentaire.** — Les éruptions soit d'érythème simple, soit d'urticaire sont fréquentes après l'ingestion de poissons de mer, huîtres, moules, coquillages, crustacés, gibier faisandé, viande de porc avarié (Juhel-Renoy) : en présence d'un cas d'érythème généralisé, roséolique, scarlatiniforme ou polymorphe, il

faut toujours rechercher l'origine alimentaire possible : si elle est reconnue, le lait, les laxatifs feront les frais du traitement.]

e) **Erythème pellagreux.** — La Pellagre, *mal rosso, mal del sole*, est au début un érythème, qui passe ultérieurement à un trouble de pigmentation. Sa cause encore hypothétique, intoxication alimentaire, la rapproche des érythèmes. Dans certaines régions (Lombardie, Vénétie, Frioul, Bukowine, Roumanie) la pellagre est endémique ; elle apparaît au printemps et en été, sous la forme d'un érythème cutané, qui devient plus tard brun sombre, et siège sur les parties de peau exposées aux rayons solaires (visage, dos des mains et des pieds). Les malades éprouvent en même temps une faiblesse marquée, des pesanteurs d'estomac, souvent de la diarrhée. Puis l'épiderme pèle, tandis que la coloration de la peau disparaît pendant l'hiver pour revenir l'été suivant ; à la longue, la pigmentation devient plus sombre, d'un rouge bleu, et la peau malade est très sensible. Alors les malades se plaignent de frissons, de sensations de froid ; il y a de la faiblesse musculaire, une anémie progressive, de l'hypochondrie, même de la mélancolie. La diarrhée répétée, des complications viscérales peuvent conduire à la mort au milieu de phénomènes délirants.

Etiologie. — On invoque, comme cause de cette affection, l'alimentation exclusive par le maïs, surtout la farine moisie ; Neusser prétend que le principe toxique qui produit cette maladie se développe dans le maïs pourri sous l'influence du Bacteridium maïdis ; d'après lui, c'est une affection chronique systématique, qui affecte les nerfs du grand sympathique, les nerfs centraux et les vaisseaux qui en dépendent ; elle relève d'un principe toxique, développé chez les sujets candidats à la pellagre, dans leur intestin par le mécanisme de l'auto-intoxication.

Le **traitement** de la pellagre est surtout diététique : alimentation substantielle, séjour à l'air frais ; de plus, des préparations ferrugineuses ; mais les cas avancés n'obéissent guère au traitement, et conduisent sûrement à la mort.

[Rappelons que pour certains auteurs, Hardy notamment, et Gaucher, la pellagre résulte, non seulement de l'usage du maïs avarié, mais de causes de cachexie diverses (alcoolisme,

diarrhées chroniques, aliénation) ; en tous cas, il est vraisemblable que les rayons solaires (rayons violets surtout : Bouchard) jouent le plus grand rôle dans le développement de l'érythème cutané.

Bouchard, Tuczek, Marie ont observé dans cette maladie des lésions des cordons postérieurs.]

f) **Erythèmes d'origine médicamenteuse.** — Les éruptions cutanées qui succèdent à l'emploi de certains médicaments doivent être, d'après leurs caractères, classées dans les érythèmes, dont elles se distinguent toutefois par leur polymorphisme. Comme la plupart des érythèmes, elles coïncident avec des troubles gastriques et un état fébrile; pratiquement elles méritent d'être étudiées à part.

Tous les médicaments ne les produisent pas, et ceux qui les causent ne les réalisent pas chez tous les malades : signalons les statistiques de Lewins (*Handbuch der Pharmacologie*) qui, sur 402 médicaments, en trouve 204, soit 50,7 0/0 susceptibles de déterminer des troubles cutanés.

Il faut, dans tous les cas, une *prédisposition momentanée ou permanente du sujet;* certains malades ont une idiosynchrasie pour certains médicaments, telle qu'avec une dose minime ils auront une réaction cutanée qui fera complètement défaut chez d'autres avec des doses beaucoup plus fortes, une application beaucoup plus longue. Ce qui est curieux, c'est chez quelques individus l'apparition d'exanthèmes généralisés; ce fait ne peut s'expliquer que par une action réflexe : à peine le médicament a-t-il pénétré dans les voies digestives que déjà l'exanthème cutané se manifeste.

Dans les cas où l'érythème généralisé succède à l'application locale du médicament, il faut invoquer l'excitation directe de la peau par le médicament, puis l'absorption de celui-ci qui va exciter par voie réflexe d'autres territoires cutanés (planches XIV, XXIII *a*, XXIV, XXV, XXV *a*). Il est plus fréquent qu'on ne pensait, que l'exanthème résulte du passage du médicament dans le sang et de son élimination par les glandes de la peau.

Nous n'avons pas le loisir de parler des différentes et nombreuses substances pharmaceutiques, dont l'emploi peut exciter la peau.

Notons seulement que des éruptions érythémateuses et même vésiculeuses, d'intensité variable, s'observent après

usage de l'antipyrine, de l'atropine, de l'hydrate de chloral, du baume de copahu, de l'opium et de ses dérivés, de la strychnine, du sulfonal, de la térébenthine, etc.

L'*arsenic* présente un intérêt spécial en raison de son action évidente sur la peau et de la fréquence de son emploi dans la thérapeutique dermatologique : il produit des érythèmes, de l'œdème surtout des paupières, des nodosités, des vésicules, du zoster, enfin de la pigmentation.

Le *mercure* peut exciter la peau suivant tous les types éruptifs, et par tous les modes d'emploi (interne comme externe) : nous ne pouvons omettre les cas sans nombre d'érythème diffus qui ont succédé à l'usage de la pommade Reuter (vieille pommade mercurielle). On observe des érythèmes après l'usage interne, après les injections sous-cutanées, même après l'emploi externe et passager du sublimé (nous avons vu de l'érythème et même de l'eczéma après une simple lotion sur un furoncle).

[Les éruptions d'origine mercurielle (**Hydrargyries**) revêtent trois formes : *bénigne,* la plus fréquente, érythème de l'abdomen, du scrotum, de la racine des cuisses, en caleçon ; elle est très prurigineuse, mais apyrétique ; *fébrile* : éruption localisée, plus souvent généralisée avec participation de la muqueuse buccale, fièvre, état gastrique ; *maligne :* éruption érythémato-vésiculeuse et bulleuse, avec stomatite gangréneuse, chute des ongles, température élevée, phénomènes toxiques, parfois mortels.]

Nous avons vu, en étudiant les acnés, les éruptions produites par les préparations iodées (surtout iodure de potassium) et par les bromures.

[Erythèmes de cause externe.

Note additionnelle.

[Les érythèmes de cette catégorie sont fréquents et relèvent des causes les plus diverses. Nous nous contenterons de signaler les variétés les plus importantes :

Erythème par lumière solaire (coup de soleil) : érythème suivi de desquamation ; quand l'érythème se répète, il laisse une pigmentation permanente (hâle) ; Bouchard a montré que ce sont les rayons violets qui doivent être surtout incriminés.

Erythème par lumière électrique (coup de soleil électrique : imputable aussi aux rayons violets : Widmark).

Erythème radiographique, après exposition prolongée à l'action des rayons Rœntgen (Oudin et Barthélemy).

Erythème par chaleur rayonnante (forgerons, fondeurs; érythème des cuisses chez les femmes usant de chaufferettes).

Hydroa vacciniforme de Bazin (*Summer éruption* d'Hutchinson) : éruption de vésicules miliaires à pourtour érythémateux, au niveau des régions découvertes, survenant chaque été chez certains enfants; ombilication fréquente des vésicules; cicatrices consécutives indélébiles.

Erythème pernio (*engelures*) : érythème, accompagné d'une vive cuisson, survenant l'hiver au niveau des doigts, des orteils, des joues, du nez, particulièrement sur les sujets lymphatiques; récidives annuelles communes; fréquence de phlyctènes, d'ulcérations surajoutées.

Erythème paratrime, résultant du décubitus et de l'action irritante des déjections chez les malades adynamiés, paralysés.

Erythème intertrigo, résultant de l'irritation produite par les sécrétions cutanées altérées en des régions où la peau s'applique à elle-même (aine, pli interfessier, aisselle, etc.).

Erythèmes des nouveau-nés : dus à l'irritation produite par l'urine, les matières fécales chez des enfants insuffisamment soignés et en état de mauvaise nutrition (troubles gastro-intestinaux); siégeant surtout aux fesses et aux cuisses. Variétés : *Syphiloïdes post-érosives* (Sevestre, Jacquet) : lésions vésiculeuses, se transformant en papules lenticulaires érosives, simulant des syphilides papuleuses. — *Herpès vacciniforme* (vaccino-syphiloïde de Fournier).

Erythèmes par irritants divers : teinture d'arnica, thapsia, aniline (chaussettes teintes : Balzer), lotions du cuir chevelu (notamment une lotion très répandue depuis quelques années, et résultant de l'association en proportions variables d'eau oxygénée et d'une solution de chlorhydrate de paraphénylène diamine), etc.

Erythèmes professionnels (boulangers, épiciers, etc.) : ce sont des lésions plutôt eczématiformes qu'érythémateuses.

D. Urticaire.

Près des érythèmes typiques, il faut placer un certain nombre d'autres processus, analogues soit par leurs facteurs étiologiques, soit par leurs caractères cliniques. En première ligne, il faut mentionner l'urticaire.

Symptômes. — Elle est caractérisée par le développement très rapide à la surface de la peau de boursouflures, formant des reliefs rouges, plus souvent blancs, qui sont entourés d'une zone hyperhémique: il est impossible de leur fixer de dimensions en raison de la rapidité de leur disparition comme de leur retour et de leur coalescence ; rarement les efflorescences sont durables; elles s'élèvent au plus à 1 ou 2 millimètres au-dessus du niveau de la peau. La décoloration du centre des éléments, l'extension périphérique, la confluence des anneaux et cercles éruptifs d'abord isolés, tout cela donne à l'urticaire le caractère d'une maladie serpigineuse; comme dans les érythèmes, le développement de gonflement œdémateux, l'apparition rapide de vésicules, la participation des muqueuses au processus ne sont point des faits rares.

Avant tout autre symptôme, l'urticaire est remarquable par un prurit très vif, qui incommode fortement les malades, les privant de sommeil et les démoralisant ; de plus, le prurit, par le grattage qu'il détermine, est la cause non seulement de poussées éruptives locales, mais même d'apparitions ortiées à distance des points grattés, cela par voie réflexe.

Chez certains individus, la peau est tellement excitable, que chaque strie faite à sa surface détermine un trait surélevé (*urticaire factice*, l'homme *autographe des Français*): ces sujets sont souvent des nerveux, des hystériques.

Signalons une forme toute spéciale d'urticaire qui s'observe dès l'enfance, récidive pendant plusieurs années, et laisse après chaque poussée des pigmentations brunâtres (*urticaire pigmentée*).

[C'est dans cette affection qu'Unna, P. Raymond ont décrit l'agglomération dans le derme, autour des vaisseaux, de cellules spéciales (*Mastzellen* d'Ehrlich), retrouvées depuis dans d'autres affections cutanées.]

Si une maladie mérite bien la qualification d'*angéioné-*

vrose, c'est l'urticaire qui exige avant tout une prédisposition nerveuse, et où l'on voit des excitations minimes exercées à la périphérie produire en si peu de temps des poussées éruptives en des régions du corps éloignées du point excité ; ces excitations extérieures peuvent être des coups, des morsures de puces, de poux, de punaises, de moustiques, des piqûres d'orties. L'urticaire s'observe au cours du prurigo, du pemphigus, du prurit des diabétiques et des ictériques, dans les troubles de la menstruation, les affections puerpérales, les déviations utérines, la grossesse, etc.

Il faut mentionner aussi l'usage de certains fruits et aliments déjà signalés à propos de l'érythème.

Traitement. — Si l'on n'a point en cause un cas d'urticaire par excitation extérieure (parasites), il faut prêter grande attention à l'état général du malade, surveiller surtout son tube digestif et l'appareil génital : de là la nécessité tantôt d'un régime précis, d'une cure minérale (Carlsbad), tantôt d'un traitement gynécologique.

On a de plus préconisé l'usage interne de l'arsenic, de l'atropine, de l'ichthyol (0.20 par jour : Lanz), de l'antipyrine, du salophène (4 à 5 gr. par jour : de Vannemœker), du chlorure de calcium (0.20 à 0.30 par dose ; répéter 3 fois par jour : Wright).

Brocq recommande les pilules suivantes :

Chlorhydrate de quinine	0.05
Ergotine	0.05
Extrait de belladone . .	0.02
Glycérine.	q. s.

pour une pilule. — Prendre 8 à 16 pilules par jour.

On fera en même temps des lotions avec les solutions alcooliques dont nous avons parlé pour les érythèmes ; ou avec l'une des suivantes :

a) Esprit de lavande . . .	100
Esprit de vin	150
Ether sulfurique . . .	2,5
Aconitine.	1
b) Acide salicylique . . .	1
Acide phénique. . . .	2
Glycérine	50
Alcool	100

c)	Hydrate de chloral	2
	Glycérine	20
	Esprit de vin	100

[Nous recommandons l'emploi du menthol : en solution alcoolique à 1 p. 100, en pommade à 2 0/0, en pâte (Menthol 1, oxyde de zinc et amidon *āā* 10, vaseline 30).]

Ajoutons les bains d'amidon, d'alun, de sublimé, les lotions vinaigrées, etc.

Note additionnelle.

[L'urticaire est aiguë ou chronique ; aiguë, elle peut être précédée de quelques heures ou quelques jours par une fièvre légère, un certain degré d'embarras gastrique (urticaire fébrile, fièvre ortiée).

Signalons, comme variétés éruptives principales : l'*urticaire porcelanique* (grandes plaques blanches reposant sur un fond rouge), l'*urticaire tubéreuse* (formée de nodosités très saillantes), l'*urticaire géante, l'urticaire bulleuse, l'urticaire hémorrhagique*, qui se définissent d'elles-mêmes.

Rappelons que l'urticaire interne peut atteindre les muqueuses buccale et nasale, pharyngienne (œdème glottique), laryngée (accès asthmatiques).

L'urticaire chronique peut se répéter pendant des mois, des années ; une variété est l'*urticaire intermittente*, forme larvée de paludisme, justiciable de la quinine.

Les lésions de l'urticaire consistent en une vive congestion des papilles, avec exsudation œdémateuse dans le corps papillaire : l'anémie des vaisseaux du centre des plaques, comprimés par l'extravasation séreuse, rend compte de la coloration blanche de ce centre.

L'étiologie est dominée, comme le fait remarquer avec insistance Gaucher, par le terrain des malades (neuro-arthritisme). Quant aux agents qui commandent le trouble vasomoteur caractéristique de l'urticaire, ils sont d'ordre varié : excitations extérieures (parasites, orties), intoxications diverses alimentaires, médicamenteuses (balsamiques), toxiniques (rupture intra-péritonéale de kystes hydatiques, urticaire expérimentale par l'injection sous-cutanée de liquide hydatique : Debove et Achard ; injection sous-cutanée de sérum antidiphtéritique) ; infections diverses, troubles nerveux (urticaire émotive).]

[Au point de vue thérapeutique, notons que l'usage des bains n'est pas toujours favorable.]

Près de l'urticaire, il faut placer *l'œdème circonscrit de la peau*, décrit dans ces dernières années par Quincke ; cette affection, rare, se caractérise par l'apparition sur la peau de tuméfactions en forme de boules œdémateuses, de la largeur de la main. Disparaissant sur un point, elles reparaissent bien vite sur un autre. Les muqueuses de la bouche, du pharynx, du larynx sont parfois atteintes; des vomissements, des troubles dus au gonflement des muqueuses compliquent cette maladie, que Riehl considère comme un trouble angeioneurotique, voisin de l'urticaire.

[Cette affection a la plus grande analogie avec *l'urticaire géante*. On peut en rapprocher aussi les *nodosités éphémères arthritiques de Féréol*.]

E. Erythromélalgie.

L'érythromélalgie est encore un érythème, qui siège symétriquement sur les mains, les pieds; les malades se plaignent tout d'abord d'accès douloureux, de brûlures au niveau des parties qui seront atteintes ensuite par l'érythème; celui-ci dure toujours assez longtemps, le processus est considéré comme une angioparalysie ; certains auteurs le rapportent à un trouble pathologique du système nerveux central.

F. Purpuras. Erythèmes hémorrhagiques.

Des hémorrhagies partielles, limitées à des nodosités isolées, s'observent dans les érythèmes contusiformes et septiques. Nous allons parler maintenant des maladies où l'hémorrhagie cutanée est prédominante ou exclusive (Planches IX, X, XI).

Péliose : telle est la *péliose, ou purpura rhumatismal ;* on peut la voir associée à diverses formes d'érythème chez le même sujet ; elle se distingue par la vive participation des jointures et l'abondance des efflorescences à leur surface ; puis, on voit se développer non seulement au niveau des articulations, mais sur les autres parties du corps, des taches rarement saillantes, du diamètre d'une lentille, d'un pois,

de coloration rouge sombre à rouge bleu, ne disparaissant point par la pression du doigt; elles ont parfois une teinte bleue, et, dans les formes sérieuses, noire bleuâtre. Les malades sont obligés de garder le lit, ils se plaignent de douleurs dans les jointures; celles-ci sont souvent tuméfiées et remplies d'un épanchement séreux, rarement hémorrhagique. Il y a habituellement un léger mouvement fébrile vers le soir, de la fatigue, de l'anorexie.

La cause de la péliose n'a point été élucidée encore par les travaux récents. Comme lésions, on a constaté une hyperhémie persistante avec stase, stade préalable de l'hémorrhagie ; puis le sang sort des parois vasculaires par diapédèse ; il est plus rare que les capillaires présentent des lésions évidentes ; on a signalé de la dégénérescence hyaline, de la dégénérescence granulo-graisseuse de l'endothelium, des thromboses intra-capillaires. A mon sens, ces altérations doivent se rencontrer plutôt dans les purpuras marastiques (tuberculose, mal de Bright) que dans la péliose.

Il est très probable cependant que des toxines et ptomaïnes, circulant dans le sang, en altèrent la nature, ou produisent, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, une paralysie des vaisseaux, et surtout des plus fins ramuscules. Au point de vue des modifications du sang lui-même, on sait que la teneur en hémoglobine y est fortement diminuée; par l'examen à l'état frais, on peut constater de la microcytose, de la poikilocytose, une augmentation des cellules éosinophiles. On a parfois décelé des microbes. Les efflorescences purpuriques présentent à la longue les modifications habituelles de la matière colorante du sang, passant du jaune vert au rouge brun. Quand l'éruption s'est accompagnée de vésicules hémorrhagiques, elles se dessèchent en croûtes brunes. Le processus dure généralement 4 à 6 semaines.

[La péliose survient habituellement chez des sujets jeunes, de préférence au printemps, comme l'érythème polymorphe qui l'accompagne souvent; elle vient le plus souvent en pleine santé, mais après des fatigues, du surmenage, des stations debout prolongées.

La maladie est caractérisée par des douleurs articulaires au niveau des membres inférieurs, avec léger œdème, par des phénomènes gastro-intestinaux modérés, enfin par une éruption de pétéchies et d'ecchymoses sur les membres inférieurs.

Elle procède par poussées et guérit habituellement en

quelques semaines; mais les rechutes sont fréquentes. Dans des cas graves, on a noté des hémorrhagies viscérales, des complications de pleurésie, d'endo et péricardite. La pathogénie est encore obscure : c'est probablement une angionévrose d'origine toxique (autointoxication de surmenage, intoxication extérieure; toxhémie d'origine intestinale : Hutinel). La nature rhumatismale n'est plus guère soutenue que par quelques auteurs.]

Maladie de Werlhof. — Une maladie qui diffère de la péliose par le nombre et l'extension des éléments purpuriques, est le **morbus maculosus Werlhofii**. Dans cette affection se produisent des pétéchies et des ecchymoses, étendues irrégulièrement, le plus souvent généralisées à tout le corps; les muqueuses de la bouche et du pharynx participent plus fréquemment au processus que dans la péliose; il se forme ainsi des gonflements œdémateux avec hémorrhagie; quand le larynx est atteint, il peut y avoir danger de suffocation. Des complications encore plus graves sont les hématuries, l'endo et la péricardite, symptômes de l'intoxication générale de l'organisme.

[Ce qui caractérise essentiellement le type : maladie de Werlhof, c'est l'absence de complications, la conservation de la bonne santé générale avec apyrexie, la guérison rapide (sauf les cas chroniques) en 8 à 10 jours. L'étiologie en est absolument inconnue.]

Note additionnelle.

[La *péliose* et la *maladie de Werlhof* sont deux variétés des **purpuras primitifs**; avec tous les auteurs il faudrait, pour compléter ce chapitre des purpuras primitifs, y ajouter les **purpuras infectieux**, à symptômes généraux graves :

Purpura infectieux à forme typhoïde (typhus angéiohématique de Landouzy et Gomot) : survient chez l'adulte brusquement, ou après quelques prodromes; l'état général est grave d'emblée, typhoïde; la température atteint 40°, la rate se tuméfie, il y a de l'albuminurie et de l'ictère; en même temps, le corps est parsemé de pétéchies et d'ecchymoses, et l'on note des épitaxis, des hématémèses, du mélœna, de l'hématurie. La mort vient en quelques jours.

Purpura infectieux suraigu (P. fulminans d'Henoch) : survient chez les enfants, qu'il tue en 12 à 36 heures. Boul-

loche a communiqué ces jours-ci à la Société médicale des Hôpitaux un cas terminé par la guérison.

A côté des purpuras primitifs, il y aurait à étudier une longue série de **purpuras secondaires** que l'on peut ranger dans les catégories suivantes : *Purpuras nerveux* (ecchymoses des tabétiques : Straus; purpuras myélopathiques : Faisans; purpura après des crises névralgiques); *Purpuras toxiques* (P. iodique : Fournier; P. dans l'intoxication arsenicale, phosphorée, etc.); *Purpuras cachectiques* (anémie pernicieuse, lymphadénie, cancers, etc.); *Purpuras dans les maladies infectieuses* (rash hémorrhagiques des fièvres éruptives, dans la fièvre typhoïde, le typhus, la méningite cérébro-spinale, après des amygdalites infectieuses, etc.).

La **pathogénie** des purpuras semble de plus en plus devoir relever de l'intoxication ou de la toxi-infection : en dehors de certaines variétés, comme les purpuras nerveux, où la vaso-dilatation causale peut relever exclusivement du système nerveux, comme le purpura des cardiaques, où le mécanisme de l'embolie capillaire dans les vaisseaux cutanés peut suffire à réaliser le processus hémorrhagique, il est vraisemblable que dans l'immense majorité des cas de purpuras, tant primitifs que secondaires, l'*intoxication* (chimique ou alimentaire) et surtout la *toxi-infection* sont les causes de la vaso-dilatation cutanée et de l'hémorrhagie consécutive, par l'intermédiaire du système nerveux influencé, et aussi des altérations qu'on a signalées soit dans la constitution du sang, soit dans la structure des capillaires cutanés (capillarite desquamative de Leloir). Non seulement des microbes ont été constatés dans le torrent circulatoire des malades, mais de nombreux observateurs ont décrit au niveau des taches purpuriques des microbes divers (pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, pyocyanique, etc.); car il n'y a pas de microbe spécifique du purpura. Les microorganismes agissent vraisemblablement par leurs toxines (expériences de Charrin); quant à leur localisation primitive, elle peut être variable (appareil digestif, urinaire, respiratoire, foyer tuberculeux ou cancéreux quelconque).]

Pour en finir avec les hémorrhagies de la peau, mentionnons le **scorbut** qui a de grandes analogies avec la maladie de Werlhof, mais se différencie par les altérations précoces de la muqueuse des gencives et de la bouche : les gencives sont grisâtres, décollées, minées par des hémorrhagies; la

muqueuse buccale, nécrosée, prend une odeur fétide. Avec cela, il y a de sérieuses hémorrhagies sur le tronc et les membres, où les parties molles sont envahies et disséquées par de grandes nappes sanguines. Il est établi que le scorbut, comme la maladie de Werlhof, reconnaît pour cause une alimentation insuffisante, privée de viande fraîche et de légumes; ceci explique son développement fréquent dans les prisons et sur les navires.

[*Le* **scorbut infantile** (*maladie de Barlow*) a été attribué récemment par Cheadle et Netter à l'usage exclusif et trop prolongé du lait stérilisé.]

Mentionnons enfin l'**hémophilie** qui est une véritable maladie du sang, caractérisée par une disposition habituelle et héréditaire à saigner pour le moindre motif; on l'observe souvent chez des individus vigoureux et gras, alors que les purpuras relèvent eux de troubles de la nutrition.

III. — DERMATOSES INFLAMMATOIRES

Au chapitre des érythèmes, nous avons mentionné que l'hyperhémie de la peau est le signe le plus important, et même au début le seul signe qui décèle l'inflammation de la peau. Nous avons vu aussi que des inflammations superficielles de la peau, produites par des principes irritants (toxines, médicaments) ne se différencient qu'à peine de processus purement hyperhémiques.

Dans ce chapitre, nous avons en vue des degrés plus élevés d'inflammation cutanée; ils relèvent tantôt d'un processus pathologique de l'organisme, tantôt d'altérations directes de la peau de nature thermique, chimique ou mécanique. Les inflammations de la peau consécutives au traumatisme ne seront pas étudiées ici, elles rentrent dans le domaine de la chirurgie. (1)

(1) Voy. *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Le Dentu et P. Delbet, t. I.

A. Dermatites résultant de troubles généraux de la nutrition.

Nous savons par expérience que les *diabétiques* sont prédisposés aux inflammations cutanées sous des formes cliniques diverses : ces malades sont souvent atteints d'anhidrose, de prurit cutané, quelquefois d'érythème et d'eczéma, de furonculose, d'anthrax, et enfin même de dermatite diffuse. Ces dermatites peuvent être la conséquence de compressions ou de blessures légères portant sur les extrémités : c'est ainsi que les tissus de la plante du pied, des orteils, de la face inférieure du gros orteil notamment, du dos du pied s'enflamment fréquemment ; ces inflammations peuvent aboutir à la *gangrène* et à la nécrose des os.

La pathogénie de ces altérations n'est pas encore bien élucidée : Kaposi pense que le glycose qui infiltre les tissus et s'y décompose est la cause de l'inflammation. Il faut signaler aussi comme facteur adjuvant l'asthénie organique des diabétiques, qui fait que ces malades ne peuvent supporter des efforts physiques ou psychiques prolongés, et ne résistent ni au froid, ni à l'alcool ; l'organisme a perdu chez eux sa résistance. Les chirurgiens connaissent ce fait et évitent les opérations chez les diabétiques.

[Parmi les *diabétides* (Fournier), signalons spécialement, en raison de leur fréquence et de leur précocité qui en fait souvent un symptôme révélateur du diabète, les *diabétides génitales* ; elles sont de types variés : citons le prurit génital, l'érythème simple, l'érythème suintant eczématiforme : ce dernier prend chez la femme l'aspect d'eczéma vulvaire ; chez l'homme, il atteint le gland et le prépuce, et détermine une balano-posthite avec phimosis devenant à la longue fibreux,— La gangrène peut s'observer également, soit superficielle (simulant des ulcérations vénériennes), soit profonde (gangrène du pénis).]

Des inflammations de la peau et même des gangrènes s'observent chez les *cachectiques* épuisés par de grandes infections aiguës (variole, fièvre typhoïde, etc.) ; malgré les soins les plus minutieux il est souvent impossible d'éviter la formation d'eschares de décubitus chez ces malades. Les mêmes altérations se produisent chez les marastiques,

chez les *vieillards* qui ont une circulation réduite (*gangrène sénile* et *marastique*); enfin dans les cas où les artères sont ou rétrécies ou oblitérées (*athérome, endartérite oblitérante*), processus qui est réalisé notamment par la syphilis sur les artères périphériques, on voit se développer des inflammations des extrémités des membres, qui aboutissent à une gangrène ascendante.

Mentionnons encore les *gangrènes multiples des cachectiques*, observées par Simon et Kaposi chez des enfants épuisés, et relevant de thromboses capillaires de la peau.

B. Dermatites trophonévrotiques.

A côté des dermatites que nous venons d'étudier, nous pouvons en placer d'autres, qui font partie des maladies trophonévrotiques de la peau et présentent cliniquement le caractère d'inflammations de ce tissu.

Mentionnons en première ligne la **maladie de Raynaud,** ou **gangrène symétrique des extrémités,** qui s'observe au cours d'affections du cerveau et de la moelle, et qui, d'après Hochenegg, relève d'un trouble vaso-moteur pur de la peau, sans altération primitive des vaisseaux. Les capillaires cutanés, sous l'influence de l'action vaso-motrice, sont contracturés, comme les muscles par les crampes; il en résulte une anémie locale, au niveau de laquelle la peau est froide et pâle; quand la contracture des vaisseaux artériels prend fin, il se produit une dilatation des veines qui se traduit par de la cyanose, de l'asphyxie locale, de la tuméfaction. Si le trouble circulatoire ne cède pas rapidement et si l'influx trophique vient à manquer, il apparaît, avec de violentes névralgies, des éruptions vésiculeuses, de l'inflammation et même de la gangrène des orteils et des doigts; cette gangrène symétrique s'accompagne de troubles paresthésiques et anesthésiques; elle est presque toujours précédée de troubles nerveux dont elle relève d'ailleurs parfois.

La **syringomyélie** occasionne souvent des troubles trophiques de la peau; elle se distingue de la maladie de Raynaud par le caractère asymétrique des tuméfactions cutanées, par les symptômes associés et relevant de la dystrophie (eczéma, rhagades, panaris, vésicules, phlegmons, gangrènes, etc.).

Le **mal perforant du pied** est classé par certains auteurs dans les trophonévroses : le plus souvent il siège sur la face inférieure des orteils, notamment du gros ; habituellement il est précédé de cors ou de durillons, qui se détruisent par l'inflammation en laissant une saillie, dont le centre est creusé profondément jusqu'à produire la nécrose de l'os sous-jacent.

Mentionnons encore la **gangrène spontanée des hystériques**, qui frappe généralement de jeunes femmes. Accompagnées d'un sentiment de brûlure, se développent des taches du diamètre d'une pièce de 1 franc ou de 5 francs, des efflorescences, qui prennent une coloration d'un bleu noirâtre et se recouvrent d'une croûte sèche; la croûte tombe et l'ulcération sous-jacente cicatrice. Dans l'intervalle, il se développe de nouvelles plaques gangréneuses. Le tout disparaît après un temps plus ou moins long (jusqu'à deux ans).

C. Brûlures.

Ce sont les conséquences visibles et sensibles de l'action sur l'organisme de la chaleur ou des acides : les tissus ont d'ailleurs divers degrés de réaction à ces agents, quand toutefois la vitalité n'y est pas annihilée d'emblée. Parmi les lésions de cet ordre, les inflammations cutanées tiennent le premier rang. Le plus ordinairement, les brûlures résultent de l'action de la flamme d'une matière en ignition, de liquides chauds (goudron bouillant, eau chaude, pétrole), de matières explosibles, ou d'une substance chimique, comme la chaux, les acides forts, etc. La surface du corps est toujours le siège des premières manifestations; il s'y joint presque constamment des troubles de l'état général.

Classification.

Au point de vue des manifestations cutanées, les brûlures sont divisées en trois classes :

1° ***Brûlures du 1er degré*** *(Brûlures érythémateuses)* ; caractérisées par une coloration rouge répandue sur une partie plus ou moins grande de la peau, avec tuméfaction légère : c'est un érythème. Cet état légèrement inflamma-

toire fait place en quelques jours à une coloration brunâtre ; après une légère desquamation de l'épiderme tout redevient normal. Généralement l'état général est indemne, et la douleur de la brûlure est facilement supportée par les malades traités.

2° ***Brûlures du 2e degré*** *(Brûlures bulleuses)* : la surface de peau brûlée est recouverte de vésicules ou bulles, du volume d'un pois jusqu'à celui du poing, remplies de liquide séreux ; l'épiderme n'est pas soulevé régulièrement comme dans les bulles du pemphigus ; il est plus épais, en sorte que le fond de la bulle est constitué par le réseau de Malpighi ou même par la couche papillaire. Le pourtour des bulles est rouge sombre, brillant. Les malades souffrent de sensations douloureuses qui s'étendent parfois au delà des limites visibles de la brûlure. Les phlyctènes petites ne se déforment pas, leur contenu se trouble, puis l'épiderme se dessèche en croûtes brunâtres, sous lesquelles se refait un épiderme nouveau. Les bulles plus grandes sont habituellement déchirées lors de l'enlèvement des vêtements ou par les mouvements des patients dans le lit : généralement les malades se présentent au médecin avec un épiderme déchiré ou plissé, ou même avec des surfaces cutanées dénudées d'épiderme ; ces dernières sont alors blanchâtres, lardacées ; ce n'est qu'après plusieurs jours qu'elles deviennent rouges, et que se manifeste une exsudation avec néo-formation cellulaire, d'où dérive peu à peu un nouveau revêtement. Les troubles fonctionnels consistent en vives douleurs, accrues encore par les mouvements, l'enlèvement des pansements. Quand une grande partie du corps (les 2/3) est brûlée à ce degré, la vie des malades est mise en question.

3° ***Brûlures du 3e degré*** *(Brûlures escharotiques)*. — Généralement associées aux degrés précédents, les brûlures au 3e degré se caractérisent par la mortification des tissus violemment enflammés par la chaleur : dans chaque cas, les parties molles atteintes présentent des nuances en rapport avec l'étendue et la profondeur de la brûlure. Le plus souvent, ces accidents résultent de l'action de liquides chauds (eau chaude, vapeur), en sorte que peau et tissu cellulaire semblent comme bouillis. Il est rare de rencontrer des phlyctènes à la surface de la peau ébouillantée, celle-ci pend le plus souvent en morceaux déchirés. Dans

certains cas, il se forme des croûtes blanches qui donnent à la peau l'aspect d'une sorte d'albâtre : elle est dure au toucher et semble avoir perdu toute vie. Dans des cas plus graves encore, peau et parties molles sont transformées en croûtes d'un brun noirâtre, sèches et dures comme du cuir : ces croûtes forment des placards irrégulièrement limités, autour desquels se voient des brûlures aux degrés inférieurs. Enfin, dans les grandes catastrophes où le corps était exposé directement à la flamme, on a vu les tissus transformés en matières charbonneuses, avec déformation et réduction de volume des parties atteintes. Le plus souvent, les malades sont dans un état d'excitation intense, et succombent en quatre à six heures (shok nerveux : Kaposi) ; il est fréquent que cette excitation fasse place à un état d'apathie complète : les malades soupirent, sont pris d'éructations, de vomissements bilieux ; puis viennent de l'inquiétude, du délire, des crampes, de l'opisthotonos ; la conscience se perd, les malades sont presque comateux : notons que l'urine, même recueillie dans la vessie, est en quantité minime. La respiration devenant de plus en plus superficielle et le pouls de plus en plus faible, la mort survient.

Quand les malades ont pu franchir les deux ou trois premiers jours, il se produit un sillon inflammatoire d'élimination avec suppuration autour des parties brûlées ; les croûtes se rétractent peu à peu, et tombent en une ou deux semaines sous le processus suppuratif. Sur les parties moins malades se développe du tissu de granulation.

Cette période est encore pleine de danger pour le patient qui peut succomber en peu de temps par affaiblissement du cœur. Certains auteurs attribuent la mort à la destruction massive des globules rouges dans le sang, d'autres à la production de produits toxiques dans l'organisme. Même en n'envisageant pas les suites directes de ces brûlures, de pareils accidents ne laissent pas que de mettre en danger la vie des malades par l'apparition ultérieure de maladies intercurrentes, telles que pneumonies, mal de Bright, érysipèle, pyémie.

Les cicatrices consécutives aux brûlures sont souvent chéloïdiennes, épaisses, et peuvent produire, plusieurs années après l'accident, des troubles graves : gêne de circulation du sang, déformations des extrémités par œdème chronique, éléphantiasis ; la rétraction de cicatrices du cou peut empêcher les mouvements de la tête ; des cicatrices

périarticulaires peuvent ankyloser les membres : on a vu par ce mécanisme les bras fixés contre le tronc à angle variable, et incapables d'aucun mouvement.

Traitement.

*a) **Brûlures au 1er degré :*** application de poudres indifférentes, enveloppement de compresses d'eau glacée fréquemment renouvelées, de solution d'acétate d'alumine.

*b) **Brûlures au 2e degré :*** ouverture des phlyctènes, et enveloppement, après onction de pommades. Nous avons l'habitude de saupoudrer les surfaces de peau dénudées d'une mince couche d'iodoforme, puis nous les recouvrons de pommade boriquée à 5 0/0. On peut encore panser les régions malades avec de l'huile de lin et de l'eau de chaux, à parties égales. Bardeleben recommande de désinfecter les brûlures avec une solution phéniquée à 3 0/0, ou salicylée à 3 0/00, et de les couvrir ensuite de gaze sans apprêt, saupoudrée de bismuth et d'amidon à parties égales ; ce pansement peut rester à demeure une à deux semaines.

Des travaux récents ont préconisé l'acide picrique; on baigne les parties brûlées pendant 5 à 10 minutes dans la solution :

Acide picrique. .	5
Alcool.	80
Eau distillée . .	1000

puis on recouvre d'ouate les parties qui ont conservé leur épiderme, de gaze stérilisée celles qui sont dénudées. On renouvelle le pansement après trois ou quatre jours. Les brûlures très étendues sont recouvertes de compresses trempées dans cette solution. D'après notre expérience, ce traitement, très douloureux, n'est pas à recommander.

Pour les brûlures étendues, on emploiera la balnéation continue (Hebra) ; on donnera aux malades excités des analeptiques, de l'alcool : on luttera contre l'insomnie par la morphine, le chloral, les bromures. Lutzgarten recommande l'atropine. Récemment Tommasoli a préconisé les injections sous-cutanées de sérum artificiel (sel marin et bicarbonate de soude).

*c) **Brûlures au 3e degré :*** le traitement sera basé sur les mêmes principes que pour les brûlures du 2e degré.

D. Froidures, congélation.

Les froidures résultent de l'action plus ou moins prolongée sur la peau de basses températures. La durée nécessaire pour que l'action du froid les réalise varie avec les individus : les anémiques, les sujets affaiblis par une longue marche dans la neige sont plus exposés à de graves gelures que les hommes robustes et sains.

Les manifestations cutanées des froidures sont analogues à celles des brûlures : érythèmes, bulles, eschares. Les gelures se font surtout au niveau des mains découvertes, des pieds mal chaussés, du nez, des oreilles, des joues. Le malade éprouve au début une sensation de brûlure légère, bientôt les parties congelées deviennent insensibles, et ce n'est qu'au dégel des tissus que se produisent des douleurs aiguës, un prurit intense qui avertit les malades de l'accident dont ils ont été victimes. Il se produit d'abord de la dermite érythémateuse (*engelures*, *érythème pernio*) sous forme de taches, de dimensions diverses, d'une teinte livide, légèrement surélevées : c'est la paralysie des vaisseaux qui détermine la coloration bleuâtre, l'infiltration séreuse et le léger gonflement des tissus atteints. Lorsque ces symptômes inflammatoires s'accompagnent d'une infiltration plus marquée, suivie d'exsudation, l'épiderme est soulevé par la sérosité en bulles dont le contenu est souvent hémorrhagique. Parfois ces bulles crevées font place à des ulcérations torpides, qui guérissent très lentement et exposent le malade à des complications (adénites et lymphangites). Comme nous l'avons dit, ce sont surtout les sujets anémiques qui sont prédisposés aux engelures des doigts, des oreilles; ils peuvent, même avec de minimes abaissements de température, avoir de nouvelles engelures une fois que les modifications vasculaires qui commandent le processus sont installées.

Dans les congélations graves (*Congélation escharotique*), il y a toujours des bulles hémorrhagiques ou des surfaces de peau insensibles, froides au contact, marbrées, bleuâtres ; on ne peut jamais à première vue préjuger l'étendue et les conséquences de pareils états ; souvent des parties molles considérées comme gelées reviennent à l'état normal en raison de la perméabilité persistante des vaisseaux. Ulté-

rieurement une réaction inflammatoire se développe autour des parties de peau mortifiées ; mais après un refroidissement intense, la mortification peut atteindre toute l'épaisseur des parties molles jusqu'aux os.

Il est fréquent d'observer la nécrose, la destruction de l'oreille externe, de phalanges isolées, même de tout un doigt : ces processus évoluent lentement, exposant au danger de résorption de produits putrides (phlébite, septicémie et mort).

Traitement des froidures : Nous avons dit que les sujets anémiques sont prédisposés aux froidures du 1[er] degré, au niveau des mains, des pieds, du nez, des joues, des oreilles. Chez ces malades, on utilisera à l'intérieur les préparations ferrugineuses ; localement on prescrira des badigeonnages de teinture d'iode, de collodion, ou de l'une des préparations suivantes :

R	Acide tannique.	2	
	Glycérine ou alcool camphré.	50	
	Camphre pulvérisé	3	(Carrié).
	Lanoline . . . . . . } ãa	15	
	Vaseline . . . . . . }		
R	Acide chlorhydrique pur . .	2	
	Baume du Pérou. . . .	5	
	Mixt.oléo-balsamique. } ãa	30	(Rust).
	Eau de Cologne. . . }		
R	Chlorure de calcium . . .	1	(Binz).
	Onguent de paraffine . . .	9	

frictionner pendant 5 minutes avec cet onguent, et envelopper.

Besnier et Brocq recommandent des bains dans une décoction de feuilles de noyer, des badigeonnages avec la solution :

Eau de roses . . . } ãa	0.10
Acide tannique . . . }	
Glycérine	30

suivis de poudrages avec la poudre de bismuth additionnée d'acide salicylique (1 pour 6).

Dans les refroidissements graves, il est utile de frictionner les malades avec de la neige, dans un endroit frais ; on emploiera en même temps les analeptiques usuels.

IV. DERMATOSES VÉSICULEUSES ET BULLEUSES

A. Zona. Herpès zoster.

Le **Zona** (*herpès zoster*) (Pl. XII et XIII) est le type le plus important de ce groupe de dermatoses. Il s'annonce souvent par un sentiment de douleur dans le territoire des nerfs, où l'éruption doit apparaître. D'autres fois, les malades ne remarquent, peu de temps avant l'apparition de l'exanthème, qu'une sensation de brûlure plus ou moins vive [d'où le nom vulgaire de *feu de saint Antoine*. Ajoutons qu'il y a souvent en même temps quelques troubles de l'état général : fièvre légère, anorexie, parfois vomissements].

Bientôt, dans le district d'un ou plusieurs nerfs, la peau se tuméfie en plaques légèrement inflammatoires, sur la surface desquelles apparaissent de petites nodosités qui en 1 à 3 jours se transforment en vésicules claires comme de l'eau, du diamètre d'un grain de plomb, d'une lentille. Dans quelques cas les lésions parvenues à ce stade avortent; plus souvent, la maladie se développe, et les vésicules deviennent des bulles de la taille d'un haricot, qui recouvrent toute la plaque, ne respectant que le contour périphérique rouge.

Le contenu, d'abord séreux et transparent, se trouble peu à peu, puis se dessèche en croutelles brunes. Alors l'inflammation tombe, et la douleur se réduit à des névralgies qui reviennent irrégulièrement, une ou plusieurs fois dans la journée. Cette affection peut ainsi guérir en quatre semaines.

Parfois, la marche de la maladie est tout à fait différente : il est des cas où, avec de violentes douleurs névralgiques, les vésicules sont hémorrhagiques et présentent une teinte bleuâtre ou d'un rouge noirâtre *(Zona hémorrhagique)*; non seulement les vésicules, mais le tissu sous-jacent, la couche superficielle du chorion, peut être envahi par le processus hémorrhagique. Enfin, la maladie présente son acuité la plus grande dans le *Zona gangréneux*, qui s'accom-

pagne d'une fièvre vive, de douleurs violentes ; une teinte d'un vert noirâtre révèle que la peau est nécrosée (pl. XII, quelques groupes isolés).

Tandis que le zona vésiculeux simple guérit en deux à quatre semaines avec régénération de l'épiderme sous les croûtes, le zona gangréneux évolue plus longuement : la croûte escharotique tombe sous le travail de suppuration, laissant une surface tuméfiée, qui se répare lentement en laissant le plus souvent une cicatrice chéloïdienne.

Après la disparition de l'éruption, les malades présentent parfois pendant un temps prolongé de l'anesthésie des régions qui ont été atteintes; plus souvent encore, ils souffrent de névralgies persistantes : [les vieillards atteints de zona peuvent conserver des douleurs violentes plusieurs années (5, 10, 15 ans) après la guérison de la maladie] ; il y a parfois des paralysies consécutives, des troubles trophiques qui s'annoncent par la diminution de volume des muscles, quelquefois la chute des poils.

Cette affection, qui relève entièrement d'une influence nerveuse, est généralement unilatérale, et suit dans sa topographie la distribution des rameaux nerveux. On a constaté, dans quelques autopsies, des altérations des ganglions nerveux intervertébraux, qui reçoivent, on le sait, de la moelle une racine antérieure motrice et une postérieure sensitive. Le plus souvent, le zona suit le trajet des expansions périphériques d'un nerf spinal; parmi les nerfs crâniens, le trijumeau est le seul, pour lequel le ganglion de Meckel joue le même rôle que les ganglions intervertébraux pour les nerfs spinaux. D'ailleurs, le zona peut succéder aussi à des altérations des centres (cerveau et moelle), surtout des centres vaso-moteurs, ce qui expliquerait la bilatéralité de certains cas de zona. Enfin, les branches nerveuses peuvent être atteintes dans leurs ramifications périphériques de périnévrite, de névrite par compression, et il peut se produire ainsi des éruptions de zona sans participation des centres nerveux : dans ces cas, le zona suit les branches et les anastomoses des nerfs périphériques plutôt que le tronc de ces nerfs, d'où la production de placards isolés qui ne répondent pas aux troncs nerveux. Dans le *zona thoracique*, les premiers placards vésiculeux apparaissent au niveau de la grande courbure des côtes, ou encore plus en arrière sur la ligne axillaire ; plus tard seulement se prennent les régions pectorales. Chaque poussée comprend

un ou plusieurs groupes de vésicules qui répondent au territoire d'une petite branche nerveuse cutanée : ces vésicules sont homogènes, contemporaines, au nombre de 5 à 8. Ultérieurement naissent de semblables groupes vésiculeux, en sorte qu'on observe, à côté de groupes centraux en voie de dessiccation, des amas périphériques de vésicules nouvelles. Remarquons que, parfois, les vésicules ne siègent pas sur le territoire exact des ramifications nerveuses ; elles occuperont la ligne médiane, ou suivront un trajet ascendant ou descendant dans le territoire de nerfs voisins ; on ne peut expliquer cette disposition que par les anastomoses des nerfs cutanés.

Etiologie : Les lésions nerveuses qui commandent le zona résultent généralement d'hémorrhagies ou de processus inflammatoires des ganglions nerveux ; après une durée longue, les éléments nerveux peuvent disparaître, et l'on trouve des lésions en foyer du cerveau, ou de la moelle, des cicatrices avec pigmentation, résultant d'hémorrhagies antécédentes.

Les causes immédiates sont souvent de *nature traumatique* : des accidents, la compression d'un nerf ou d'un ganglion nerveux par des exsudats voisins, par une lésion osseuse (périostite, exostose, carcinome). On a observé (Zatler), notamment dans le territoire du trijumeau, des zonas d'*origine toxique,* après intoxication par l'oxyde de carbone, par l'arsenic (Blaschko, et autres). La *malaria* peut aussi déterminer le zona et des névralgies associées.

Il y a des zonas de cause ignorée : leur apparition, parfois épidémique, en coïncidence souvent avec d'autres maladies infectieuses aiguës, semble relever d'une cause également infectieuse, qui reste encore à prouver.

Le zona frappe généralement des individus jeunes, plus rarement les vieillards, plus rarement encore les enfants.

Note additionnelle.

[Nous avons tendance en France à distinguer dans l'herpès zoster deux ordres de faits : le *zona vrai* et les *éruptions zostériformes*.

Aux éruptions zostériformes, on rattache les cas où la dermatose succède à des maladies des centres nerveux (tabes, mal de Pott, cancer vertébral, etc.) ou à une lésion des

nerfs (névrite traumatique, par compression; névrite toxique dans l'intoxication oxy-carbonée et arsenicale; névrite d'origine infectieuse quand le zona se produit au cours de la tuberculose, de la syphilis, dans la convalescence d'une pyrexie microbienne).

Le zona vrai serait, au contraire, une sorte de maladie primitive, infectieuse, spécifique : LANDOUZY, qui a été le promoteur de cette théorie, se base sur le mode de début fébrile *(fièvre zostérienne)*, la contagiosité observée dans quelques cas, l'apparition du zona en séries à certaines saisons, simulant parfois de véritables épidémies, enfin l'absence constante de récidive (ce dernier fait, ainsi que l'unilatéralité de l'éruption différencie absolument le zona vrai des éruptions zostériformes).

L'agent infectieux qui causerait le zona est totalement inconnu ; les inoculations faites avec le liquide des vésicules ont toujours été négatives.

Quoi qu'il en soit, il est certain qu'il y a habituellement entre l'agent causal et l'éruption un intermédiaire, le système nerveux : on ne compte plus depuis Danielssen, Bærensprung, Charcot et Cotard, etc., les auteurs qui ont décrit dans le zona des altérations soit des ganglions nerveux, soit des nerfs. Pour certains auteurs mêmes, c'est le système nerveux central qui serait surtout à incriminer (cerveau pour le zona ophthalmique ; moelle pour les autres) ; Achard, Brissaud tout récemment, en se basant sur le fait, habituel en effet, que la topographie de l'éruption ne se superpose pas au territoire de distribution cutanée des nerfs périphériques, supposent que le district cutané où se développe le zona répond aux expansions périphériques non pas d'un nerf déterminé, mais d'un de ces segments de la moelle épinière qui, pendant la vie embryonnaire, sont distincts, et dont la fusion ultérieure forme la colonne médullaire *(métamère)* ; le zona relèverait par suite d'un trouble ou d'une lésion d'un métamère.]

Localisations du zona : Le zona de la face et du cuir chevelu suit la distribution des branches du nerf trijumeau ; dans le territoire de la première branche de ce nerf, on observe les vésicules sur le front, la paupière supérieure (N. sus-orbitaire), dans l'angle de l'œil (N. sus-orbitaire et trochléaire) (pl. XIII). [Il faut distinguer : 1° *le zona ophthalmique*, qui occupe une moitié du front, la moitié anté-

rieure correspondante du cuir chevelu, la paupière, la racine du nez du même côté, et qui est remarquable, et souvent des plus graves, par les complications oculaires qu'il comporte (Hutchinson, Hybord). Besnier a montré que l'anesthésie de la cornée est souvent un signe avant-coureur de ces accidents : kérato-conjonctivite, iritis, perforation cornéenne, fonte de l'œil, et même ophthalmie sympathique du côté opposé; — 2° *le zona maxillaire supérieur*, qui s'accompagne de vésicules herpétiques sur la moitié correspondante de la voûte palatine et du voile; — 3° *le zona maxillaire inférieur* (herpès de la langue).]

Le *zona cervical* suit le trajet des deuxième, troisième, quatrième nerfs cervicaux; au plexus cervical répondent le derrière de la tête, la nuque, le cou, la région de l'épaule. On sait que les extrémités supérieures sont innervées par le plexus brachial et les premier et troisième nerfs intercostaux; le thorax par les nerfs intercostaux. L'abdomen, les fesses, les organes génitaux, une partie des cuisses sont le territoire des plexus lombaire et sacré : ce dernier innerve encore la peau du périnée, des organes génitaux, de la face interne des cuisses, des fesses jusqu'au domaine du nerf crural qui innerve les extrémités inférieures. [A ces divers territoires nerveux répondent autant de variétés de zonas : *Z. occipital, sous-occipital, cervico-brachial, brachial, intercostal, lombo-inguinal, sacro-ischiatique, crural.*]

Traitement : Recouvrir les régions atteintes d'une poudre ou d'une pommade indifférente; quand les douleurs sont vives, appliquer de l'extrait d'opium ou de belladone, de l'orthoforme. Contre les douleurs névralgiques, on prescrira à l'intérieur du salicylate de soude (4 à 6 gr.), de l'antipyrine, du pyramidon (0,30 par dose répétée 3 fois par jour), de l'hydrate de chloral, du bromhydrate de quinine (Wolff); quelquefois il faudra pour calmer les malades recourir aux injections de morphine. Scharff injecte dans les espaces intercostaux, près du point d'émergence des nerfs, la solution de Schleich :

Chlorhydrate de cocaïne .	0.20 à 0.40
— de morphine	0.05
Chlorure de sodium . . .	0.40
Eau distillée	200

B. Herpès.

(Herpès facial et génital).

Les éruptions herpétiques du visage et des organes génitaux n'ont pas toujours les caractères typiques du zona. Elles surviennent après une sensation de léger prurit au niveau des muqueuses qui vont être atteintes et de la peau voisine ; elles constituent des groupes de vésicules de la taille d'une tête d'épingle, au plus d'une lentille, reposant sur une base rouge, légèrement surélevée. Il est rare d'observer de l'herpès sur le pourtour entier de la bouche, sur la muqueuse des lèvres comme sur la muqueuse buccale : dans ces cas il y a toujours en même temps une inflammation catarrhale de la cavité buccale, dont les malades souffrent manifestement. L'*herpès labial* est associé souvent à celui de l'orifice des narines : c'est une affection de la jeunesse, en rapport avec des maladies catarrhales fébriles (rhume de cerveau, bronchites, affections graves de l'appareil respiratoire, pneumonie, malaria).

L'*herpès génital* a une allure analogue. Chez l'homme, il siège le plus souvent sur la peau du prépuce (*H. préputial*), plus rarement sur le gland ; d'une durée courte, cette maladie présente souvent de vives difficultés diagnostiques, surtout quand des cautérisations brutales, des médications violentes ont transformé ces lésions en ulcérations lentes, torpides, analogues aux syphilides. On observe souvent au cours de l'herpès génital une tuméfaction légère mais douloureuse des ganglions inguinaux. Chez la femme, l'herpès siège sur les grandes et les petites lèvres, qui sont plus ou moins tuméfiées. Nous avons vu parfois l'herpès se répandre sur les organes génitaux, le périnée, la face interne des cuisses : c'est alors une maladie sérieuse et douloureuse.

La **cause** immédiate de l'herpès est inconnue, elle est probablement de nature nerveuse : l'herpès labial et facial succède souvent à une frayeur, à une irritation banale, à une fièvre légère. Chez certains sujets, une érection un peu prolongée, le coït suffisent à produire au bout de 2 à 3 jours une poussée d'herpès préputial.

Le **traitement** de cette affection se borne à des applica-

tions de pommades et de poudres indifférentes, jointes au repos; s'abstenir surtout de médicaments irritants.

Note additionnelle.

L'herpès est une dermatose non spécifique, relevant de causes nombreuses et diverses, caractérisée par l'éruption de placards érythémateux surmontés de vésicules en groupes, qui sur la peau se dessèchent en croutelles brunâtres, tandis que sur les muqueuses les vésicules, rompues précocement, se transforment en ulcérations, le plus souvent polycycliques par coalescence, qui parfois prennent l'aspect pseudo-membraneux. Presque constamment il existé une adénopathie satellite et douloureuse. La lésion guérit rapidement sans laisser de cicatrices (même dans les cas de récidives fréquentes in situ), ce qui la différencie absolument du zona.

L'**étiologie** de l'herpès est complexe :

Certains herpès semblent relever d'irritations banales (mets trop épicés, tabac, etc.); d'autres sont en rapport avec des lésions du système nerveux (nerfs, moelle, cerveau : ce sont les éruptions zostériformes, souvent récidivantes); d'autres sont secondaires à une lésion de voisinage (chancre simple, chancre syphilitique, plaques muqueuses, blennorrhagie). D'autres enfin, qui s'observent surtout chez les sujets nerveux et arthritiques, et sont volontiers récidivants, surviennent après un coït même non suspect (certains hommes ont de l'herpès chaque fois qu'ils ont rapport avec une femme nouvelle), à l'occasion de l'époque menstruelle (herpès cutané ou muqueux revenant presque tous les mois chez certaines femmes).

A côté de cette catégorie d'herpès, habituellement non fébriles, il en est d'autres caractérisés par des symptômes généraux et une fièvre plus ou moins marquée. Certains de ces herpès fébriles sont nettement symptomatiques (herpès critique de la pneumonie, de la fièvre typhoïde; herpès dans la malaria, le coryza, l'embarras gastrique, etc.) : dans ces divers cas, il s'agit presque toujours d'herpès des lèvres et des narines.

D'autres semblent nettement primitifs; mais leur nature est encore discutée. Pour bon nombre d'auteurs, il s'agit en ces cas d'une véritable fièvre exanthématique spéciale *(fièvre herpétique des auteurs)*, tandis que pour d'autres

l'herpès serait ici encore symptomatique d'un état infectieux à localisations latentes ou méconnues.

Quoi qu'il en soit, l'herpès, qui peut se développer sur un point quelconque du revêtement cutané, présente des sièges de prédilection :

Au niveau de la face, les *orifices buccal et narinaire* (herpès fébriles, herpès menstruel) ;

Sur la muqueuse buccale, les *lèvres*, la *langue* (herpès récidivant de la pointe et des bords, en érosions grisâtres, comme collodionnées chez les syphilitiques : Fournier), le *pharynx* (à distinguer du zona pharyngien unilatéral, qui respecte l'amygdale) ;

Au niveau des organes génitaux (*herpès génital*), il est souvent récidivant, chez les arthritiques. (Diday et Doyon en font une conséquence éloignée d'une chancrelle contractée antérieurement ; ce n'est pas, tant s'en faut, applicable à tous les cas) : une variété est l'**herpès récidivant névralgique** (Mauriac).

C. Miliaire.

Eruptions sudorales. Suette miliaire.

La **miliaire**, rouge et blanche, a été décrite par Hebra sous le nom d'*Eczéma sudamen* ou *calori*. Cette éruption est la conséquence de sueurs profuses du tronc et des membres ; elle est formée de très-petites vésicules. Elle est d'abord d'une teinte rouge, qui devient blanchâtre lorsque l'épiderme macéré devient trouble : le contenu des vésicules a une réaction alcaline. Les éruptions s'observent surtout en été, chez les laboureurs, dans les pays tropicaux, au bord de la mer à la sortie du bain, enfin chez les individus sains après une sudation forte et prolongée. L'état général n'est en rien troublé. Des bains frais, l'assèchement de la peau suffisent à guérir la maladie.

La *miliaire cristalline* se voit au cours de maladies infectieuses diverses : elle siège sur le cou, le tronc, le bas-ventre, les membres ; elle se caractérise par des vésicules claires comme de l'eau, du volume d'une lentille, parfois d'un pois. Il n'y a ni hyperhémie, ni inflammation sous-jacente. L'éruption précède l'apparition de la transpiration. Les vésicules persistent sans modification jusqu'à desqua-

mation du mince épiderme qui les revêt. L'apparition et même le retour de ces éruptions n'a pas de signification importante; la maladie générale fébrile (fièvre puerpérale, fièvre typhoïde, endocardite) qu'elles accompagnent importe seule pour le pronostic.

La *miliaire épidémique* ou **suette miliaire** débute par des frissons, de la fièvre, les malades sont profondément affaiblis et couverts de sueurs profuses : la peau du cou, du tronc est semée de vésicules et même de pustules. C'est une maladie infectieuse générale, à laquelle succombent souvent les malades au milieu d'une fièvre continue avec adynamie profonde; dans l'épidémie de Krain (1892), on a observé jusqu'à 24 0/0 de mort. La température semble avoir une importance pour l'éclosion de cette maladie : les épidémies ont lieu surtout au printemps et en été, par les temps lourds et orageux. Les lésions observées à l'autopsie n'ont rien de caractéristique; notons seulement la rapide putréfaction du cadavre.

D. Impetigo herpétiforme

Cette affection, rare, ne s'observe guère, sauf exceptions, que sur les femmes enceintes ou en couches ; elle débute sur la face interne des cuisses et les aines, puis gagne l'ombilic, les seins, et enfin envahit tout le corps, même les muqueuses. Sur une base légèrement rouge et tuméfiée, s'élèvent de petites vésicules blanchâtres, très nombreuses, du volume d'une tête d'épingle, dont le contenu se trouble et se dessèche en croûtes minces et blanchâtres. L'éruption est limitée au début à de petits districts larges comme un pois, un centime, qui s'élargissent rapidement, en sorte qu'en quelques jours des surfaces cutanées assez étendues soient recouvertes par les placards éruptifs : dans ce processus d'extension, on voit, autour d'une zone primitive en voie de dessiccation, s'en développer une nouvelle, rouge, légèrement tuméfiée, sur laquelle naissent des vésicules. Sous les croûtes minces, blanchâtres, on trouve un épiderme nouveau, ou bien une surface humide sans mortification profonde. L'état général dit assez la gravité de la maladie : les malades ont une fièvre persistante, rémittente, des frissons, du tremblement; la langue est sèche, il y a parfois des vomissements. La sensibilité générale est troublée, l'apathie

est la règle; le délire n'est pas rare. Le pronostic est des plus graves, puisque sur 15 cas on a noté 13 morts (Kaposi). Une femme, chez qui nous avons observé cette maladie après un accouchement, s'était améliorée au point de pouvoir quitter le lit, quand elle fut reprise de fièvre et succomba rapidement dans le collapsus ; l'autopsie, comme dans les autres cas, fut négative. La cause de cette maladie est inconnue ; par son évolution, c'est vraisemblablement une maladie infectieuse, voisine de certaines formes d'érythèmes, d'herpès et de pemphigus. Le traitement ne peut être que symptomatique ; on n'a encore observé d'action manifeste d'aucun procédé thérapeutique.

E. Pemphigus

A. Pemphigus aigus

a) Pemphigus aigu des adultes

Parmi les éruptions bulleuses, il faut mentionner le **pemphigus aigu**, maladie rare. Après des prodromes courts, caractérisés par des troubles généraux, et notamment une fièvre qui peut atteindre 40°, se développent des bulles claires comme de l'eau, irrégulièrement dispersées sur la surface du corps, qui, d'abord du volume d'un pois, s'agrandissent rapidement; puis elles se rompent, et l'épiderme desquame en laissant une surface légèrement pigmentée. La maladie dure 2 à 3 semaines, et tout rentre dans l'ordre. Parfois l'affection s'est compliquée de gangrènes limitées de la peau. Nous n'avons observé qu'une fois cette maladie; elle s'est terminée par dessiccation simple des bulles.

Le pemphigus aigu semble être de nature infectieuse ; la participation de l'état général, l'élévation de la température du début, contrastant avec le peu d'importance relative des lésions cutanées, plaide en faveur de cette opinion.

[Il existe une *forme maligne*, caractérisée par la persistance de symptômes généraux graves pendant toute la durée de l'éruption, dont les bulles sont parfois sanguinolentes. La mort survient en deux semaines, parfois moins.]

b) *Pemphigus des nouveau-nés*

C'est une maladie de la première et de la seconde semaine de la vie, dont la symptomatologie consiste dans le développement de bulles sans troubles importants de l'état général. Le contenu de ces bulles se trouble en un à deux jours, puis elles se rompent, l'épiderme tombe faisant place à un revêtement nouveau, rougeâtre. Cette maladie diffère du pemphigus syphilitique, où les bulles occupent la paume des mains, la plante des pieds, et sont accompagnées d'autres signes de syphilis héréditaire ; de plus ces bulles présentent à leur base et à leur périphérie une infiltration qui manque totalement dans la maladie que nous considérons.

[Cette affection survient le plus habituellement à l'état épidémique (maternités, crèches). Vidal a montré qu'elle était auto-inoculable et inoculable ; elle peut se transmettre aux adultes.

La cause en est inconnue; cependant Almquist y a décrit un diplocoque spécial.]

c) *Pemphigus aigu contagieux*

C'est une dermatose spéciale aux enfants, survenant épidémiquement à la suite de la vaccination, et qui se caractérise par une éruption bulleuse. C'est en général une maladie diffuse, répandue sur de grands districts du corps; l'épiderme desquame, ou bien, soulevé par la sérosité, se dessèche en croûtes ; dans des cas plus avancés, l'épiderme est soulevé en bulles aplaties, qui se rompent par les frottements ou spontanément, et l'épiderme desquame ; la surface cutanée présente alors une rougeur diffuse.

Cette maladie (dermatite exfoliatrice de Rittershain) est peut-être de nature microbienne ; Riehl y a décrit de longs filaments mycéliens.

B. Pemphigus chroniques

a) Pemphigus simple chronique

La plupart des cas de pemphigus ont un début fébrile (frissons, augmentation de température), avec nausées et troubles de l'état général. Généralement les bulles sont précédées par des taches érythémateuses, à type d'érythème annulaire, figuré ou ortié, sur lesquelles les bulles se développent ; celles-ci peuvent apparaître aussi sur une peau absolument normale, non érythémateuse. Les bulles, du volume d'un pois au début, atteignent les dimensions d'une noix : quand il y en a de nombreuses, voisines les unes des autres et qu'elles confluent, la lésion prend des aspects variables. Ce n'est pas tant la dimension que l'abondance des bulles qui dénote la gravité plus ou moins grande de chaque cas. Le contenu, séreux au début, clair comme de l'eau, se trouble en deux jours, la bulle crève et se recouvre d'une croûte généralement hémorrhagique ; parfois le contenu de la bulle lui-même est mêlé de sang. Sur les régions où les bulles et les croûtes consécutives recouvrent de grandes étendues du tégument, on note une inflammation vive de la peau qui est chaude et douloureuse ; souvent il y a complication de lymphangites et d'adénites. Les troubles fonctionnels sont en rapport avec l'état d'affaiblissement général que présentent les malades : soif, anorexie, perte des forces, et aussi avec l'intensité du processus qui se développe à la peau : brûlure, douleur, prurit, sensation de tension, le tout entretenant l'insomnie. Les croûtes tombent à la longue, et l'on trouve à leur place un nouvel épiderme rougeâtre, plus tard brunâtre.

Les cas moyens peuvent guérir en deux à six mois, mais les malades sont toujours exposés à de nouvelles poussées. Il y a des cas légers, avec à peine de troubles fonctionnels, et une éruption bulleuse légère.

Par contre, il y a des formes malignes, où le processus éruptif et les troubles généraux présentent le maximum d'intensité : dans ces cas, les muqueuses sont atteintes aussi : sur la muqueuse de la bouche, des lèvres, de la langue, du palais, du pharynx, du larynx, on constate, après rupture des bulles, des exulcérations recouvertes

d'enduit blanchâtre, qui sont douloureuses et peuvent provoquer des accidents de suffocation (Pl. XXXIV. A); la conjonctive, la cornée sont aussi atteintes de pemphigus. Sur le revêtement cutané, les éléments éruptifs, après rupture des bulles et chute de l'épiderme, peuvent laisser le derme à nu, ou recouvert d'un exsudat pseudo-membraneux (*Pemphigus croupal*).

[Il est habituel de voir coïncider, avec les poussées bulleuses cutanées, des complications viscérales de bronchite, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, vomissements avec diarrhée.

La durée oscille entre quelques semaines et un an, un an 1/2 ; la mort est la terminaison la plus fréquente.

C'est une maladie, rare, frappant l'adulte après 40 ans.]

b) *Pemphigus prurigineux.*

Comme son nom l'indique, ce Pemphigus se caractérise par un prurit intense, qui prive totalement les malades de sommeil ; ils perdent par suite leurs forces, deviennent inquiets, nerveux, Du fait du grattage, il se produit des excoriations, de l'eczéma croûteux, des pigmentations plus ou moins étendues de la peau, de la mélanodermie, enfin toutes les conséquences possibles du prurit.

Note additionnelle.

[Le *Pemphigus prurigineux* présente les plus grandes analogies avec la maladie isolée du groupe des Pemphigus par Duhring sous le nom de **Dermatite herpétiforme** (*Dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives de Brocq*) : peut-être même y a-t-il, pour un certain nombre de faits, identité absolue.

Le phénomène dominant de cette maladie, c'est un prurit intense, précédant l'apparition des poussées éruptives, les accompagnant et leur survivant. Un autre fait important, c'est l'intégrité habituelle de l'état général.

L'éruption procède par poussées, et chacune des poussées se caractérise par un véritable polymorphisme éruptif : on observe, mélangées ensemble, des plaques érythémateuses, ou ortiées, ou papuleuses, des vésicules, des

bulles : les premières manifestations se font sur les membres, symétriquement ; elles peuvent ultérieurement se généraliser.

Les vésicules et bulles peuvent s'affaisser et desquamer, ou bien se rompre et faire place à des excoriations qui se recouvrent de croûtes ; parfois les excoriations deviennent végétantes, papillomateuses. La maladie peut atteindre les muqueuses, notamment celle de la bouche.

L'affection dure pendant des années, les poussées plus ou moins longues se répétant à intervalles variables. Le pronostic quod vitam est favorable, sauf exceptions rares.

La maladie est plus fréquente chez l'adulte ; chez les femmes enceintes, elle constitue une forme spéciale qui a pour caractères de récidiver habituellement à chaque grossesse (**Herpès gestationis**). L'absence de suppuration des éléments éruptifs, la conservation d'un bon état général différencient cette maladie de l'*Impetigo herpétiforme* étudié plus haut.

La dermatite herpétiforme peut également s'observer dans l'enfance : débutant dans les premières années de la vie, elle ne s'éteint qu'à la puberté ou à l'âge adulte, après de nombreuses poussées récidivantes, plus fréquentes l'été.

L'**étiologie** de la dermatite herpétiforme est encore pleine d'obscurités : on sait qu'elle se développe le plus souvent chez des sujets névropathes, après des émotions violentes et prolongées ; le système nerveux semble donc jouer un rôle dans son apparition. Mais quelle est la cause directe? Toxique ou infectieuse? Les recherches bactériologiques (Gaucher et Claude) ont été négatives. La constatation par Leredde, dans le sang et le liquide des bulles, de cellules éosinophiles en excès, le fait croire à une altération primitive du sang, d'origine toxique ou infectieuse, relevant peut-être de lésions de la moelle des os.]

c) *Pemphigus végétant.*

Neumann a attiré l'attention sur une variété spéciale, le **Pemphigus végétant** (Pl. XXXIII, XXXIV et XXXIV*a*). Dans cette maladie, on observe des surfaces ulcérées végé-

tantes, papillomateuses, ayant pour base des tuméfactions de la couche papillaire, et consécutives à des éruptions bulleuses extensives; dès la rupture des bulles, la surface érosive se met à végéter, tandis que la périphérie de la lésion se soulève en bulles qui se fusionnent avec les voisines ; il se forme ainsi de grands placards de la dimension d'une assiette. Ces tuméfactions fongueuses se produisent à la face, sur les ailes du nez, les lèvres, aux plis articulaires, génito-cruraux, sur les organes sexuels de la femme, à la marge de l'anus, aux aisselles. Elles donnent une sécrétion fétide, et tendent à s'étendre serpigineusement.

Elles restent longtemps stationnaires, ne se nécrosant que lentement.

On a considéré jadis cette forme de Pemphigus comme absolument mortelle ; par les traitements modernes, on a obtenu récemment une prolongation de l'existence : tel est le cas de notre atlas ; on en a publié plusieurs autres analogues : on a vu les végétations papillaires s'affaisser sous les applications désinfectantes, puis s'épidermiser et cicatriser.

[Tous les auteurs ne sont pas d'accord pour faire de cette affection une variété de Pemphigus ; Unna en fait un érythème bulleux végétant ; Leredde, ayant constaté des éosinophiles dans le sang et les bulles, la fait rentrer dans la Dermatite herpétiforme. Hallopeau la rapproche de sa *Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique ;* il réunit les deux sous le nom de *maladie de Neumann,* et les considère avec Unna comme relevant vraisemblablement d'une infection pyogénique extérieure.]

d) Pemphigus foliacé.

Le **Pemphigus foliacé** se distingue des autres par son évolution particulièrement grave. Il est souvent secondaire à un pemphigus simple, circiné, déjà ancien ; ou bien il est primitif, et apparaît sous la forme de bulles molles, à demi remplies, dont le revêtement épidermique tombe en laissant à nu un chorion rouge. Dans cette maladie, la régénération de l'épiderme se fait mal ; aussi trouve-t-on des surfaces épidermiques étendues excoriées, d'autres recouvertes de squames, d'autres revêtues de croûtes minces et

sèches. Les squames adhèrent peu, et tombent facilement, d'où le nom de foliacées ; dans son évolution, la dermatose envahit peu à peu tout le corps ; on trouve alors dans l'intervalle des squames, des éraillures en zigzag de la peau, d'où suinte un liquide séreux, collant le linge au corps. Les poils tiennent mal et tombent parfois complètement, les ongles sont minces et friables.

Les malades ressentent de vives douleurs au moindre mouvement ; la fièvre, les altérations humorales déterminent un amaigrissement squelettique ; la mort est fatale.

Une variété de Pemphigus peut succéder à une autre ; ce qu'on observe le plus souvent, dans une évolution de quelques années, c'est la localisation d'une forme sur une région du corps, d'une autre forme sur un autre territoire : Pemphigus prurigineux et Pemphigus végétant (Pl. XXXIII), Pemphigus circiné et Pemphigus foliacé. Le Pemphigus chronique est vraisemblablement une maladie unique, revêtant cliniquement différentes formes.

Etiologie du Pemphigus chronique :

L'étiologie de cette maladie, généralement mortelle, puisque, d'après Kaposi, on n'observe pas 10 °/₀ de guérisons durables, est encore ignorée. On n'a point trouvé à l'autopsie de lésions spécifiques, les malades succombant à une affection intercurrente ou aux progrès de la cachexie. Les recherches bactériologiques faites sur le contenu des bulles, sur le produit des échanges organiques (urines) n'ont pas donné plus de résultats. Comme un certain nombre de maladies nerveuses s'accompagnent de manifestations cutanées du type vésiculeux ou bulleux, on a cherché dans le système nerveux la cause du Pemphigus.

Il est des cas où l'on peut soupçonner le Pemphigus d'être la manifestation cutanée d'une autre maladie de l'organisme ; en dehors de ces faits, l'obscurité est complète ; il en sera ainsi tant qu'on ne connaîtra pas mieux les troubles des échanges organiques et les processus chimiques et toxiques qu'ils comportent.

Traitement du Pemphigus :

Il faut porter la plus grande attention à l'état général du malade, relever les forces par des toniques, un régime approprié, l'usage de l'alcool. Parmi les médicaments internes,

on recommandera les préparations arsenicales dont l'effet est cependant bien incertain ; contre le prurit, on pourra donner du chlorure de calcium (1 gr. à 1gr50 par jour : Wright). Le traitement externe consistera dans l'emploi de poudres inertes, de pommades à l'acide borique, à l'oxyde de zinc, de l'onguent de Wilson, etc. ; s'il y a de fortes démangeaisons, badigeonnages au goudron, pommades au goudron. Quand l'épiderme desquame sur de grandes surfaces et que la perte de sérosité est importante, on a vanté le bain permanent dans lequel les malades se trouvent soulagés.

V. DERMATOSES SQUAMEUSES

A. Psoriasis.

Le **Psoriasis** est le principal représentant de ce grand groupe de dermatoses. Il apparaît le plus souvent sur des individus jeunes, à l'époque de la puberté ; les enfants en sont plus rarement atteints ; on le rencontre encore assez fréquemment chez les vieillards, comme reliquat de l'âge adulte.

Le début se fait par l'apparition de petites élevures papuleuses, arrondies, rouges, couvertes en quelques jours d'une petite squame épidermique, adhérente, blanchâtre. Les papules augmentent de nombre et de grandeur, en sorte qu'après 2 ou 3 semaines les efflorescences les plus anciennes forment des placards aplatis et ronds, entourés d'un halo rouge, tandis que se montrent à côté des poussées plus récentes.

Le type éruptif, que nous venons d'étudier comme stade de début, constitue le *Psoriasis punctata* (Pl. XV et XVI). Quand les éléments sont plus saillants, couverts de squames abondantes, quand, selon la remarquable comparaison de Lassar, il semble que la peau ait été seringuée de gouttes de plâtre, on a le type du *Psoriasis guttata*.

Des placards plus grands, discoïdes, réalisent le *Psoriasis nummulaire* (Pl. XVIII et XVIII). Quand les éléments éruptifs se réunissent de manière à former par leur groupement des lignes courbes, concaves et convexes, on dit *Psoriasis figurata*.

Les placards psoriasiques peuvent entrer en involution au centre, tandis que la périphérie persiste et progresse sous forme de cercles à bordure rouge, recouverts de squames blanchâtres (*Psoriasis annulaire* : pl. XX).

Quand les cercles se mélangent ensemble, le psoriasis est dit *gyrata* (pl. XIX). Lorsque enfin de grandes surfaces de peau sont envahies par des poussées nouvelles et par accroissement des disques antérieurs, lorsque l'on trouve, à côté de grands placards couverts de squames ou infiltrés, d'autres parties de peau semées de taches psoriasiques, le psoriasis est *diffus*, *universel*.

Le psoriasis n'atteint que le revêtement cutané, il respecte les muqueuses. Il peut envahir aussi les ongles qui deviennent opaques et friables ; à la longue, ils tombent partiellement ou en totalité. [Ils sont tantôt ponctués, tantôt striés, et leur section présente l'aspect de la moelle de jonc.]

Le psoriasis apparaît le plus souvent au-devant des genoux, à la pointe des coudes, et peut y rester localisé plusieurs années en éruption discrète, jusqu'au jour où se produisent des poussées nouvelles sur le tronc, sur les membres. La maladie atteint souvent le cuir chevelu jusqu'au delà de la lisière frontale ; lorsque la lésion est très ancienne, les cheveux peuvent tomber.

Sur le visage, les éruptions sont rares [sauf chez les malades séborrhéiques, où l'éruption prend de ce fait des caractères spéciaux].

Le psoriasis est exceptionnel sur la paume des mains et la plante des pieds.

Dans les cas à évolution rapide, la maladie perd en 3 ou 4 semaines son caractère inflammatoire, les éléments s'aplatissent, le contour rouge pâlit, et les squames diminuent de plus en plus. L'éruption finit par disparaître spontanément ou sous le traitement, laissant fréquemment de minimes vestiges sur les points d'élection, coudes et genoux. Il faut toujours s'attendre à des récidives au bout de quelques mois.

Les troubles fonctionnels se bornent à des démangeaisons, surtout au moment de l'apparition des papules ; ce n'est que dans les cas graves qu'il survient des troubles gastriques, de l'insomnie, des rhagades douloureuses sur les placards qui obligent les malades à cesser le travail et à garder le lit plus ou moins longtemps.

Anatomie pathologique. — Le substratum anatomique

du psoriasis est une inflammation de la couche papillaire : les vaisseaux y sont congestionnés; le chorion supérieur et le stratum papillaire sont infiltrés d'œdème; autour des vaisseaux se voient de nombreuses cellules. Le réseau de Malpighi est œdématié aussi et décollé. Ceci explique comment, lorsque les éléments sont en plein développement, le plus léger grattage en détache l'épiderme corné et excorie les anses capillaires élargies et mises à nu, qui laissent sourdre des gouttelettes sanguines [(signe d'Auspitz et Hebra)]. La reproduction trop rapide des cellules épidermiques fait que ces cellules ne peuvent parcourir tout le processus de kératinisation et forment les squames argentées caractéristiques. Dans les éléments anciens, on observe de l'augmentation du tissu conjonctif papillaire et dermique, qui peut quelquefois produire des excroissances verruqueuses (Kaposi). [Leredde a noté une augmentation légère des cellules éosinophiles dans le sang.

Les squames doivent leur teinte blanchâtre à une infiltration de bulles d'air.]

Formes atypiques et complications. — On a souvent décrit des formes atypiques de psoriasis, remarquables par les caractères de l'éruption, ou par l'association de manifestations articulaires ou viscérales ; on ne sait encore d'une manière précise si de semblables complications relèvent de la maladie fondamentale, ou s'il n'y a pas un processus différent surajouté. Nous avons observé plusieurs cas de psoriasis avec troubles graves de l'état général : les malades se sentaient éreintés, avaient de l'insomnie, de l'anorexie, de l'élévation de la température ; les placards psoriasiques étaient humides, surélevés, couverts de squames d'un blanc sale, entourés d'un halo inflammatoire de plusieurs millimètres. Lentement les troubles fonctionnels ont diminué, les placards se sont affaissés, et l'on est rentré dans le cadre ordinaire du psoriasis ; dès ce moment, la période de régression a même semblé plus rapide que d'habitude. Les troubles généraux mis à part, c'était le tableau des cas traités par une médication interne intense, surtout par l'arsenic ou l'iodothyrine. Nous n'osons rapporter au psoriasis cette évolution spéciale, et nous la ferions plutôt dépendre d'un agent toxique associé, analogue à celui qui cause l'érythème. On trouvera reproduit (pl. XVII et XVIII) un cas remarquable par la dimension des placards qui dépassaient

le diamètre d'un écu, et par ce fait que le cuir chevelu était recouvert de larges carapaces, de larges placards d'une coloration blanc sale, que l'on pouvait enlever en totalité comme une calotte : au-dessous la peau était un peu infiltrée, légèrement rouge et se revêtait d'épiderme nouveau.

Nous avons encore vu, chez certains malades, s'ajouter des poussées eczémateuses, masquant en partie le tableau clinique du psoriasis, provoquant un prurit continuel, et empêchant par leurs exacerbations de traiter la maladie primitive : les malades avaient depuis plusieurs années des urines uratiques.

Dans ces dernières années, on a décrit des psoriasis compliqués d'*arthropathies :* un cas de cette nature, provenant du service de Lang, a été publié sous le titre de *Psoriasis ostracea* par le Dr Deutsch *(Wiener medicinische Wochenschrift*, 1898, nº 6) : il était intéressant par l'intensité, l'étendue, l'aspect particulier de l'éruption, et par les arthropathies associées. Gasmann a publié également un cas semblable sous le nom de *psoriasis rupioïde*. Grube en a signalé plusieurs avec rhumatisme et diabète.

Nous avons reproduit (pl. XXI *a* et *b)*, un exemple analogue, et, dans une visite à l'hôpital communal de Raguse, nous avons rencontré un malade qui présentait, avec de sérieuses manifestations articulaires, des écailles cornées, stratifiées en pyramides et des placards recouverts de croûtes plâtreuses d'un blanc sale.

Tout ce que nous savons, c'est qu'il s'agit dans ces cas de formes intenses, et nous ne pouvons affirmer que ces manifestations particulières relèvent de troubles organiques d'origine uricémique. [Les *déterminations articulaires* s'observeraient d'après Bourdillon (Th. 1889), Besnier dans 5 0/0 des cas de psoriasis : il s'agit tantôt de simples arthralgies, tantôt d'arthropathies véritables à type de rhumatisme noueux, ou fibreux ; les malades qui en sont porteurs sont toujours de vieux psoriasiques. Une complication rare est la dégénérescence épithéliomateuse de placards psoriasiques. Moins rare est l'*herpétide maligne* de Bazin *(dermatite exfoliatrice)*, venant compliquer les vieux psoriasis comme les eczémas anciens récidivants, et caractérisée par une rougeur diffuse de la peau, associée à une desquamation intense, compliquée de chute des ongles et des poils, et de symptômes généraux graves.]

Etiologie. — Le psoriasis atteint en général des adultes vigoureux, en pleine santé, sans cachexie ou maladie générale préalable.

La prédisposition à la maladie est souvent héréditaire : on peut dans une même famille observer plusieurs cas (grands-parents, parents, frère et sœur), mais l'hérédité n'est pas aussi fréquente, aussi régulière que pour la syphilis.

[On a vu une émotion, un traumatisme éveiller l'éclosion du psoriasis ; nous avons observé après la vaccination le développement de placards sur la région vaccinée.]

[**Nature du psoriasis** : Affection de nature arthritique ou herpétique pour Bazin, le psoriasis serait pour quelques auteurs d'origine parasitaire (Lang, Eklund) ; les expériences de transmission aux animaux (Lassar, Tommasoli), à l'homme (inoculations de Destot sur lui-même) sont peu probantes.

Bon nombre d'auteurs, notamment Bourdillon, Besnier, Brissaud inclineraient à attribuer le psoriasis à une altération du système nerveux : la coexistence de troubles nerveux avec les éruptions, leur apparition à la suite d'émotions morales, le type et la symétrie des arthropathies sont autant d'arguments en faveur de cette opinion, que viennent encore étayer les faits récents de Thibierge, d'Hallopeau et Gasne (distribution du psoriasis sur le territoire d'un nerf).]

Pronostic. — Il est presque toujours favorable, mais les récidives sont de règle, malgré l'activité des agents thérapeutiques modernes; il y a toutefois des cas compliqués, graves par eux-mêmes ou par le fait d'infections secondaires (érysipèle, phlegmon).

Traitement du psoriasis :

a) **Traitement interne.**

1. Arsenic et ses dérivés.

Liqueur de Fowler : 6 gouttes par jour, prises en 3 fois, dans de l'eau ou de l'infusion de camomille : augmenter chaque jour d'une goutte jusqu'à 30 ; quand on remarque que l'éruption entre en régression, on décroît progressivement pour revenir à la dose initiale (Kaposi).

Pilules asiatiques :

Arsenic blanc	. . . .	0,75
Poudre de poivre noir	.	6
Gomme arabique	. . .	1,5
Racine de guimauve	. .	2
Eau, *q. s.*		

pour 100 pilules. En prendre 3 par jour ; augmenter tous les 4 jours d'une pilule jusqu'à 10 ou 12 par 24 heures, pour revenir ensuite graduellement à la dose initiale.

On fait prendre les pilules avant le repas.

On peut aussi administrer les préparations arsenicales en injections sous-cutanées ou intra-veineuses. On injecte de la liqueur de Fowler : 0 gr. 20 par jour, ou de l'arséniate de soude, jusqu'à 0 gr. 02. Ziemssen ne conseille pas la solution officinale d'arséniate de potasse pour l'injection hypodermique, en raison de son mode de préparation, de sa contamination par les moisissures qui provoquent de très vifs phénomènes d'irritation ; il recommande de procéder de la manière suivante : faire bouillir 1 gr d'acide arsénique dans 5 centimètres cubes de lessive normale de soude, ajouter de l'eau jusqu'à concurrence de 100 gr. de liquide total, et filtrer ; répartir cette solution dans des récipients de 2 cmc., fermés par un tampon d'ouate, et stériliser ; cette solution renferme donc 1 0/0 d'arséniate de soude ; on commence par injecter 0 gr. 25 de la solution une fois par jour, puis deux fois par jour ; augmenter petit à petit jusqu'à injecter la seringue entière deux fois par jour. Danlos, Rille ont récemment recommandé le cacodylate de soude (diméthylarséniate de soude) en injections hypodermiques suivant la formule :

Cacodylate de soude	.	4 gr.
Eau distillée	. . . .	10 gr.

injecter une seringue de Pravaz par jour [soit 0 gr. 40 de cacodylate par 24 heures ; la haute dose à laquelle ce composé arsenical peut être employé sans danger d'intoxication, malgré sa forte teneur en arsenic (54 0/0 pour l'acide cacodylique) tient vraisemblablement à sa combinaison organique ; il a pu être administré longtemps sans déterminer aucun des accidents habituels de la médication arsenicale intensive et prolongée].

Herxheimer injecte dans une veine du coude ou du creux

poplité 0.001 milligr. d'acide arsénique; il augmente chaque jour d'un milligramme jusqu'à 15 milligr. ; on se maintient à cette dose tant que les éléments éruptifs n'ont pas disparu.

[L'arsenic est souvent inefficace ; il a fréquemment l'inconvénient d'exaspérer les poussées ; son emploi est très discutable contre les poussées aiguës.]

II. Iodure de potassium (Greve, Haslund) : à doses croissantes ; commencer par 3 à 4 gr., augmenter tous les trois jours de 1 à 2 grammes ; on pourrait arriver à 60, 70 gr. pro die ; généralement ce traitement très énergique est bien supporté ; le succès dans certains cas a été complet.

[Besnier n'est pas aussi favorable dans ses appréciations ; il ne le conseille guère que dans les formes avec artropathies.]

III. Médication thyroidienne (Byron Bramwell) : employer l'iodothyrine de Baumann, plus facile à doser (Paschkiz et Grosz). Commencer par 0 gr 50 du mélange au sucre de lait, qu'on peut se procurer dans le commerce, et doubler la dose tous les 3 ou 4 jours ; surveiller pendant ce traitement le cœur, les viscères et les fonctions psychiques. Cesser dès qu'il survient de la céphalée, des palpitations ; sinon, augmenter jusqu'à 5 et 6 gr. par jour. L'effet a été dans quelques cas merveilleux.

[Thibierge, qui a expérimenté soigneusement cette méthode, la trouve très incertaine.]

[IV. Alcalins : le bicarbonate de soude est souvent utile chez les psoriasiques dyspeptiques, obèses, glycosuriques ou à urines uratiques

V. Mercure : on a employé récemment les injections hypodermiques de calomel (0.05 à 0.10) sans résultats bien évidents.

VI. Hygiène alimentaire : En dehors des restrictions qu'il est habituel d'apporter au régime alimentaire des malades affectés de dermatoses, les psoriasiques se trouveront particulièrement bien d'user modérément de la viande, des boissons fermentées, et par contre de boire abondamment de l'eau ou du lait.]

b) **Traitement externe :**

Tout d'abord, recourir aux médicaments amollissants : pommades, huiles, savons mous, bains, revêtement de caoutchouc.

[Remarquons que le traitement externe ne peut avoir d'autre prétention que de guérir les poussées, blanchir le malade ; il ne peut prévenir les retours offensifs de la maladie.

Certains malades ont une susceptibilité extrême de la peau, qui rend les traitements actifs à peu près impossibles : nous en avons vu plus d'un à l'hôpital Saint-Louis, qui ne pouvait rien supporter que des onctions d'axonge fraîche.

Quoi qu'il en soit, la première étape du traitement dans les cas ordinaires doit être le *décapage* : applications humides non irritantes, onctions grasses, alternant avec des bains alcalins ou d'amidon ; le bonnet de caoutchouc réussit bien pour nettoyer le cuir chevelu envahi : sur les membres, les applications de caoutchouc sont souvent irritantes.]

Quand les squames ont été détachées, et alors seulement, on emploiera les médicaments spéciaux qui agissent sur le psoriasis ; nommons :

1° Les préparations de goudron : l'huile de cade (goudron de genévrier), l'huile de bouleau, l'huile de goudron de hêtre, la poix liquide [goudron de pin], l'huile de goudron de houille (la teinture lithanthracis de Leistikow : [huile de goudron de houille 30, alcool à 95° 20, éther sulfurique 10] ; la solution lithanthracis de Sack : [huile de goudron 10, benzol 20, acétone 77 ;] la liqueur anthracis simple ou composée (Fischel), la liqueur carbonis detergens (Wright, Jadassohn). Toutes ces préparations sont employées en badigeonnages sur les placards psoriasiques, par exemple : huile de bouleau 25, huile d'olive 25, ou en onctions avec des pommades dont elles forment la base :

Poix liquide.	} *āā* 50
Lanoline . . .	

Huile de bouleau.	20
Savon vert . .	5
Lanoline . . .	75

Nous recommandons une pommade au goudron à 10, 20 0/0, additionnée de savon vert (1 pour 4 de goudron).

On peut encore employer les bains goudronneux.

[En France, l'huile de cade est employée pure en frictions, ou en pommades à 10, 50 0/0, avec 1 à 2 0/0 d'acide

salicylique ; on emploie encore des emplâtres et des ollodions cadiques.

L'huile de cade a contre elle son odeur persistane et les irritations qu'elle détermine parfois (Acné cadique.]

2° CHRYSAROBINE [ACIDE CHRYSOPHANIQUE, principe actf de la poudre de Goa] :

en pommade :

(à 5, 15 0/0) ; ou bien incorporée à des véhicules, se essèchant rapidement (traumaticines, collodion, liniment xsiccans, Filmogène) ; par exemple : chrysarobine 10, traumaicine (solution de guttapercha à 10 0/0 dans le chloroforme) 9 ;

en emplâtres :

Emplâtre de chrysarohine (Baiersdorf), Collœtinum chrysarohini à 30 0/0 (Turinski).

Les parties malades blanchissent, la peau saine rend une coloration violacée allant jusqu'au brun. Il est reommandé de ne pas baigner les malades pendant l'appliction du médicament, ni quelques jours après, de crainte dedermatite généralisée.

[La chrysarobine a l'inconvénient de teindre les cheeux et les poils en jaune, et de déterminer un érythème qu sur certaines régions (conjonctive, gland) est particulièreaent sérieux : il sera prudent de ne traiter à la fois que de territoires circonscrits, de ne pas faire d'applications au visinage des régions vulnérables.]

Récemment, Kromayer a recommandé l'*Eurobine [riacétate de chrysarobine]* et la *Lénirobine [tétracétat de chrysarobine] :*

Eurobine . . .	2
Eugallol . . .	10
Acétonc. . . .	10
Lénirohinc . . .	5 à 20
Pâte de zinc . . .	100
Lénirobine . . .	ãa 5 à 10
Eugallol . . .	
Chloroforme . .	50

Moins recommandable est l'*Anthrarobine* (substanc extraite de l'alizarine de la garance).

3° Acide pyrogallique : employé de la même manière que la chrysarobine (surveiller avec soin les urines).

Unna recommande le *pyrogallol oxydé :*

Pyrogallol oxydé . 5
Vaseline . . . . } *ãa* 25
Axonge . . . . }

Pyrogallol oxydé 5
Eau de camomille éthérée. 11 gouttes
2 jaunes d'œuf.

Mêler intimement, et cmployer en badigeonnages comme un vernis.

Kromayer emploie le *triacétate de pyrogallol (Lénigallol)* et le *monoacétate* (*Eugallol*) :

Eugallol. . } *ãa* 10
Acétone . . }

Lénigallol . . 1 à 5
Pâte de zinc . . 100

Lénigallol . } *ãa* 10 à 30
Pâte de zinc. }
Vaseline jaune. 100

[L'acide pyrogallique a l'inconvénient de teindre en noir, et de provoquer parfois des symptômes d'intoxication (hématurie, albuminurie, diarrhée, congestion pulmonaire) qui ont été dans quelques cas mortels ; ne jamais l'employer sur de très grandes surfaces.

4° Gallanol (Cazeneuve et Rollet) : moins recommandable, et encore moins le *Gallacétophénone*.

5° Soufre. — En bains sulfureux naturels ; en solution (solution d'oxysulfure de calcium) : bien savonner le malade, puis badigeonner avec cette solution les parties malades, et remettre au bain pendant 1 ou 2 heures.

On a eu de bons résultats avec l'onguent de Wilkinson :

Soufre citrin . } *ãa* 50
Huile de hêtre . }
Savon vert . . } *ãa* 100
Axonge . . . }
Craie blanche . 40

faire des frictions 2 fois par jour; au bout d'une semaine environ, il se fait une abondante desquamation épidermique : on donne alors un bain.

[Les eaux de Louèche, Uriage, la Bourboule donnent souvent d'utiles résultats, soit pour achever la guérison d'une poussée, soit pour prévenir un retour trop fréquent des éruptions.]

B. Pityriasis rubra

1° Pityriasis rubra *(type de Hebra)*. — Cette maladie, excessivement rare, débute par les plis articulaires, et peut y rester localisée pendant plusieurs années : la peau, au niveau des parties atteintes, est rouge vif et desquame en fines lamelles épidermiques. Les malades éprouvent un léger prurit. Jusqu'ici cela ressemble à un eczéma squameux. Parfois l'affection s'étend au visage et au reste du corps; la peau ne s'épaissit pas, il n'y a qu'une hyperhémie avec desquamation sans autre altération. A côté du prurit, les patients éprouvent des sensations de froid; la peau perd son élasticité et se tend sur le corps, de manière à produire de l'ectropion, de l'immobilisation des lèvres et des membres. Graduellement l'hyperhémie disparaît, la desquamation cesse, la peau s'amincit, devient transparente, de l'épaisseur d'une feuille de papier. Les cheveux tombent, les ongles deviennent durs et friables. La peau s'excorie facilement, et il se produit souvent des rhagades aux plis articulaires. Dans un cas, au stade d'atrophie de la peau, nous avons vu, malgré les soins les plus minutieux, se former de multiples eschares de décubitus, petites et grandes. Le traitement est impuissant contre cette maladie; mentionnons seulement que Kaposi a vu un cas de guérison à la suite d'un traitement interne par l'acide phénique.

Note additionnelle.

[Dans la classification de Besnier, le pityriasis rubra de Hebra fait partie d'un groupe d'affections, les unes aiguës, les autres chroniques, caractérisées par une rougeur diffuse avec desquamation **(Erythrodermies exfoliantes)**; nous devons signaler les principales :

a) **Dermatite exfoliatrice primitive** (Erasmus Wilson) :

Affection rare, à étiologie inconnue : elle débute par une éruption de taches rouges, prurigineuses; en quelques jours, toute la surface cutanée est atteinte, d'un rouge intense, distendue. Sur cette rougeur paraissent des squames d'abord minces, puis épaisses, stratifiées ou imbriquées. Il y a en même temps une fièvre plus ou moins vive. Puis les poils tombent, les ongles se strient. Des complications ne sont pas rares du côté des articulations, des yeux, du cœur, du système nerveux ; il y a un prurit intense.

La maladie évolue en 3 à 10 mois; elle peut guérir après une longue desquamation.

La mort survient soit par cachexie, soit par une complication (pulmonaire, rénale, intestinale).

Dans les cas favorables, les récidives ne sont pas rares.

b) **Erythème scarlatiniforme idiopathique.** — Pour certains auteurs, cette affection, de cause inconnue, doit être rapprochée de la maladie précédente, dont elle constituerait la forme aiguë. Après des prodromes fébriles plus ou moins intenses, avec douleurs vagues, embarras gastrique, survient après 24, 48 heures une éruption de plaques rouges, isolées, puis réunies en un érythème généralisé, simulant absolument la scarlatine; la muqueuse bucco-pharyngée participe à la rougeur. Dès le troisième ou quatrième jour, apparaît une desquamation identique à celle de la scarlatine, qui prend fin vers le dixième jour, et s'accompagne d'un prurit plus ou moins marqué.

Il y a souvent plusieurs poussées successives ; d'autres fois ce sont des récidives annuelles ou à plusieurs années d'intervalle *(Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant)* : dans ces cas, la chute des phanères n'est pas rare.

c) **Pityriasis rubra secondaire** *(Herpétide exfoliatrice maligne de Bazin)* : vient compliquer et terminer certains cas d'eczéma, de psoriasis, de pemphigus. C'est encore une érythrodermie diffuse avec larges squames. La guérison est possible ; plus souvent les malades succombent à une cachexie progressive ou à une complication.]

2° **Pityriasis rubra pilaris.** — Sous le nom de *Pityriasis pilaire*, Devergie a décrit une affection spéciale, reprise par C. Bœck, Besnier, Richaud et autres. Kaposi considère qu'elle est identique au *Lichen ruber acuminatus*. — La

question est encore à discuter en raison du peu de notions que nous avons sur les deux maladies, et des quelques différences qu'elles offrent dans leurs caractères objectifs. Les auteurs qui admettent l'autonomie du *pityriasis pilaire* appuient leur opinion sur les signes cliniques particuliers à cette affection. Elle se caractérise par l'apparition de petites élevures blanchâtres, grises ou rouges, formées d'épiderme corné et siégeant au niveau des follicules pilo-sébacés; au début, elle se montre sur la face dorsale des mains, des doigts, la face postérieure des avant-bras, plus rarement sur le tronc. La surface de la peau est à ce moment rude au toucher; plus tard, avec l'épaississement des élevures, elle devient plus lisse. Au fur et à mesure que les lésions s'étalent, les élevures acuminées sont masquées par de petites squames (cuir chevelu) ou par des lamelles épidermiques plus grandes (paume des mains, plante des pieds.) Les poils se cassent quelquefois, ou tombent; les ongles se strient en long ou en travers; ce sont là des signes inconstants. Le processus est accompagné d'un état hyperhémique de la peau : au début, les élevures ont un contour rouge, qui s'étend ensuite sur des zones plus larges, mais l'infiltration de la peau n'est jamais très marquée. Les troubles subjectifs, prurit, sensibilité de la peau au contact ou à la pression varient selon les cas. La maladie atteint des sujets jeunes, s'étend lentement à des parties plus ou moins considérables du corps, guérit parfois spontanément ou par le traitement arsenical, mais pour récidiver habituellement; elle n'amène jamais la mort.

Note additionnelle.

[**Pityriasis rosé de Gibert.** — Cette affection est considérée par Hebra et Kaposi comme une tricophytie (*herpès tonsurans maculosus*); Mracek la décrit au chapitre des Tricophyties (voir plus loin). En France, cette opinion n'est point admise; jamais on n'a pu constater de spores tricophytiques ni dans les squames épidermiques, ni dans les poils follets au niveau des lésions (Balzer, Darier, Jacquet). Avec Bazin, nous inclinons à faire de cette maladie un pseudo-exanthème; sa prédilection pour les sujets jeunes, sa fréquence infiniment plus marquée au printemps, l'absence absolue de récidive (Thibierge), enfin son évolution régulière, tout cela constitue des arguments sérieux en fa-

veur de cette hypothèse, que les recherches microbiologiques n'ont encore pu étayer définitivement.

Elle débute à la partie supérieure du tronc soit en avant, soit en arrière par une plaque ronde, du diamètre d'une pièce de 5 fr., à peine saillante et rosée (*plaque primitive de* Brocq); une dizaine de jours après apparaissent sur le thorax de petites saillies arrondies, miliaires, puis lenticulaires, disséminées, de teinte rosée ; ces petites papules s'accroissent excentriquement de manière à former dans leur plein développement de véritables *médaillons* à pourtour rosé, à centre plus pâle, d'une coloration chamois ; sur l'aire du médaillon, on voit l'épiderme brillant très finement plissé ; mais on ne détache pas de copeau épidermique en le grattant vivement avec l'ongle ; il n'y a jamais qu'une très fine desquamation de surface.

La maladie procède par poussées, atteignant successivement les bras, l'abdomen, les membres inférieurs ; en 6 semaines en moyenne, elle disparaît sans laisser de traces, à moins que des traitements irritants n'aient déterminé des altérations secondaires. Quelques bains d'amidon en cas de prurit feront les frais du traitement.]

C. Lichens.

D'après les caractères extérieurs, on distingue dans cette maladie, peu connue encore dans son essence, deux types principaux : le **Lichen ruber acuminatus** et le **Lichen plan**.

1° **Lichen ruber acuminatus.** — Cette affection consiste en petites élevures, rougeâtres, de la dimension d'un grain de mil, terminées par une pointe formée d'épiderme corné. Les élevures se multiplient rapidement, se distribuent en séries linéaires ou en placards, qui en 2 ou 3 mois recouvrent des surfaces de peau assez étendues. Qu'elles soient réparties en lignes rapprochées les unes des autres, ou agglomérées en grand nombre, en placards, elles apparaissent surtout au niveau des plis articulaires et particulièrement aux membres supérieurs : la peau est alors rouge, épaissie, parsemée de crevasses qui la sillonnent ; sèche et rude au toucher, elle donne la sensation d'une lime, et la confluence des stries, des lignes d'élevures éruptives avec

les sillons qui les séparent lui donnent, suivant la très juste comparaison de Hebra, l'aspect de la peau de chagrin.

Les poils s'atrophient et tombent ; les ongles perdent leur brillant, deviennent friables.

La paume des mains, la plante des pieds sont recouvertes d'un épiderme corné, calleux, qui bride la mobilité des doigts et des orteils.

Les malades sont, dès le début, tourmentés par un prurit intense, de jour comme de nuit ; ils deviennent nerveux, s'alimentent de moins en moins. Dans les premiers cas décrits par Hébra, la terminaison fut mortelle ; mais depuis lors, et grâce au traitement arsénical institué par lui, on a obtenu la guérison de quelques malades qui ont conservé comme vestiges de la maladie de petits points d'atrophie cutanée, ou des dépressions linéaires.

[Il nous est impossible de distinguer objectivement le Lichen ruber acuminatus du Pityriasis rubra pilaris ; c'est l'opinion de Kaposi, qui a d'ailleurs prévalu en 1889 au Congrès de Dermatologie ; Max Joseph (Congrès de Londres 1896), dans un long mémoire sur l'anatomie pathologique des diverses formes de Lichen ruber, penche, sans se prononcer définitivement vers l'identification du Lichen ruber acuminatus et du Pityriasis pilaris.]

2° — **Lichen ruber planus (Lichen plan, Lichen de Wilson).** — Plus fréquent que le précédent (Planches XXII et XXII *a*), le **Lichen plan** se caractérise par des papules, de la dimension d'un grain de millet ou de chenevis, saillantes, mais aplaties, à surface brillante comme de la cire, entourées d'une bordure rouge ; au début, les papules sont isolées, discrètes ; plus tard, elles sont semées sur de plus grandes étendues de peau, parfois même sur tout le revêtement du corps. Le centre des papules est d'habitude légèrement déprimé, formant une sorte de petit trou. [Les papules du Lichen plan sont des plus remarquables par leur consistance dure, leur forme arrondie ou polygonale. Quelques auteurs ont signalé, mais le fait est absolument exceptionnel, de petites vésicules ou bulles à la surface des éléments.] Les papules portent souvent de petites squames épidermiques, blanchâtres, adhérentes.

Les papules, d'abord isolées, se réunissent souvent en placards du diamètre d'une pièce de 0. 50, 1 fr. et plus,

un peu surélevés, d'un rouge sombre ; [la peau est épaissie au niveau de ces placards qui ont souvent une surface striée de lignes qui se croisent comme une mosaïque, dont les papules de lichen représenteraient les pierres].

Les placards peuvent persister assez longtemps sans se modifier ; quand le travail de régression se produit, il débute par le centre des plaques qui pâlit, brunit, tandis qu'à la périphérie se développent encore des papules nouvelles entourées d'une bordure rouge.

Le **substratum anatomique** de ces lésions consiste dans une infiltration inflammatoire du derme et de la couche papillaire ; l'intensité variable du processus hyperhémique et exsudatif peut faire varier les aspects cliniques, mais il est telles modifications objectives dans le tableau du Lichen, qui sont probablement accidentelles et de purs effets du hasard : en tous cas, nous ne croyons pas que la production de bulles ou de vésicules sur les placards de Lichen appartienne en propre à la maladie ; Lesser les rattache à l'emploi prolongé de l'arsenic.

Les papules, du volume d'un grain de mil au début, puis d'un grain de chénevis, d'un pois, restent isolées, ou bien se groupent diversement : de là, des aspects éruptifs variables. On peut voir de petites taches rouges, légèrement squameuses sur les membres, à côté de papules disséminées sur le tronc. D'autres fois, les papules se disposent en lignes ramifiées ou en chapelet (*Lichen moniliforme*), ce qui donne à croire qu'il y a un rapport entre cet arrangement et la distribution des rameaux nerveux. A la paume des mains et à la plante des pieds, la maladie provoque de notables épaississements épidermiques (*Tilosis palmaire et plantaire*), avec les inconvénients qui en résultent. [Lorsqu'on arrache ce revêtement corné, on trouve, au-dessous, des papules isolées et déprimées à leur centre, en sorte que la réunion de toutes ces dépressions donne l'aspect d'une écumoire].

Les *muqueuses* peuvent participer au processus, notamment celle de la langue et celle des joues, au niveau desquelles le Lichen forme des stratifications épidermiques en plaques blanchâtres, irrégulières, entourées d'une bordure hyperhémique rougeâtre. [Sur les joues, le lichen répond à l'interligne dentaire et se présente sous l'aspect d'une raie blanchâtre semée de papules ; à la langue, la face supérieure ou les bords sont semés de plaques opalines avec

papules, présentant des analogies avec la *Leucoplasie;* on peut encore rencontrer le Lichen plan sur la vulve, le gland.]

Le *prurit* est un symptôme constant, rendant les malades inquiets dans le jour, les privant de sommeil la nuit : leur appétit diminue, ils s'affaiblissent, et peuvent succomber à des maladies intercurrentes.

[Comme *formes diverses* de Lichen plan, on a distingué le *Lichen chronique* et le *Lichen aigu*, qui passe en général au bout d'un certain temps à la chronicité habituelle; le *Lichen corné* ou *verruqueux*, siégeant ordinairement à la face externe de la jambe; le *Lichen atrophique* (Kaposi) ou *scléreux* (Hallopeau) qui consiste en placards blanchâtres d'aspect cicatriciel, semés de petites dépressions qui répondent à autant de papules initiales.

La maladie a une évolution lente, par poussées successives; la disparition spontanée des éruptions s'observe à la longue : elles laissent comme vestiges des macules pigmentées. Gaucher a vu ces taches pigmentées prendre l'aspect de cicatrices déprimées (*Lichen atrophique pigmenté*].

Le Lichen plan frappe généralement des adultes vigoureux [surtout des arthritiques nerveux]; il n'est ni contagieux, ni héréditaire.

Il peut s'associer à d'autres lésions, qui parfois lui seront secondaires (eczéma).

Il a une évolution plus torpide que le Lichen ruber acuminatus. Jusqu'à quel point les deux affections diffèrent-elles? Nous ne le savons pas encore, les recherches histologiques ne nous ont pas fixés ; il est d'ailleurs des cas où les deux affections coexistent chez le même sujet.

Diagnostic. — Le diagnostic du Lichen ruber est facile, quand le tableau n'en est pas masqué par une autre affection cutanée.

Certaines formes de *psoriasis*, avec prurit intense, pourraient être confondues, mais la fréquence plus grande de cette maladie, le siège d'élection au-devant des coudes et des genoux, l'infiltration moindre de la peau, la coloration blanc argent des squames et leur peu d'adhérence, sont autant d'arguments en faveur du psoriasis.

L'*eczéma squameux* se reconnaîtra à ses vésicules humides, par les anamnestiques.

Le *pityriasis rubra* se distingue par l'absence d'infiltration et la minceur atrophique de la peau.

Le *psoriasis syphilitique* de la muqueuse buccale accompagne d'autres signes de syphilis : c'est une lésion régulièrement cerclée, sans décrire de figures en zigzag. — Une *Leucoplasie syphilitique*, de longue durée, de faible étendue, pourrait être confondue avec le Lichen ruber, mais jamais elle ne présente la bordure hyperhémique qui distingue très longtemps celui-ci.

Le *Lichen des organes génitaux* sera à distinguer des *papules syphilitiques* de même siège, qui se reconnaîtront par l'anamnèse comme des manifestations déjà anciennes de syphilis, et seront accompagnées d'autres signes de même nature sur les muqueuses, le cuir chevelu, d'adénopathie satellite : de plus, les papules syphilitiques sont rarement aussi sèches que les éléments du Lichen, et les contours en sont plus régulièrement infiltrés.

[Le *Lichen scrofulosorum* se différencie par l'absence de prurit, la non-ombilication de ses papules miliaires et d'un rouge pâle, l'association de symptômes généraux de scrofulo-tuberculose, ou de tuberculose avérée.

Le *Lichen pilaire* a des éléments arrondis ou acuminés, très différents des papules du Lichen plan.]

Traitement. — Le prurit sera traité par les douches locales, les bains, les lotions avec des solutions alcooliques d'acide phénique ou salicylique, de menthol, etc. Lassar cautérise les papules au galvanocautère. Unna emploie :

Onguent de zinc . . .	50
Acide phénique . . .	20
Bichlorure d'hydrargyre	0,50 à 1

en onctions.

ou :

Acide phénique	5 à 10
Bichlorure d'hydrargyre .	1 à 5
Créosote	2
Collodion	50

en badigeonnages.

La médication interne par l'*arsenic* passe pour souveraine

dans le Lichen ruber. Les autres médicaments préconisés (chlorate de potasse : W. Bœck, assa fœtida, préparations mercurielles : T. Fox) ne paraissent pas avoir d'influence marquée sur l'évolution de l'affection. [Jacquet a préconisé à juste titre, comme modificateurs du système nerveux, les douches générales tièdes à 35° ou 37°, répétées au besoin 2 fois par 24 heures.]

3° **Lichen pilaire** *(Xérodermie pilaire)* (Pl. XXXVIII). — C'est une affection fréquente, qui siège sur la face externe des membres supérieurs et inférieurs, et se révèle par l'existence de petites élevures d'un rouge pâle, portant à leur centre une squame épidermique; si l'on arrache cette squame, on trouve au-dessous d'elle un poil lanugineux, enroulé. La peau des régions atteintes prend un aspect qui rappelle celle de l'oie ; à la puberté, cet état est presque physiologique ; il se retrouve d'ailleurs encore dans l'*Ichthyose*, où ces modifications de la peau peuvent être d'emblée généralisées à toute la surface du tégument.

Note additionnelle.

[Cette affection, dénommée Lichen pilaire par les anciens dermatologistes français comme par les Allemands, est étiquetée aujourd'hui *Xérodermie pilaire* ou *Kératose pilaire*, et rapprochée de l'*ichthyose* dans le groupe des difformités cutanées.

Cette affection consiste essentiellement en une éruption de saillies acuminées, du volume d'une tête d'épingle, de consistance cornée, siégeant au niveau des orifices des follicules pileux; au niveau de chaque papule, le poil correspondant est ou détruit, ou cassé, ou masqué et enroulé sous le revêtement épidermique corné. Les éléments sont d'un blanc mat ; selon qu'ils sont, ou non, entourés d'une auréole rouge, on a distingué deux variétés : la kératose blanche, plus fréquente sur les membres, le tronc, et la kératose rouge qui affecte de préférence le visage.

Sur les membres, l'éruption se rencontre sur la face externe et postérieure du bras, sur la face postérieure de l'avant-bras, à la face postéro-externe des cuisses et des jambes ; elle s'observe également aux fesses, aux flancs. Il est d'habitude de noter parmi les lésions disséminées, donnant à la main la sensation rugueuse d'une râpe, de toutes

petites cicatrices qui répondent à des éléments éruptifs régressés avec atrophie des poils correspondants.

Sur le visage, il n'est pas rare de voir les auréoles rouges des papules fusionnées et constituer ainsi des plaques rougeâtres à surface rugueuse. Ici encore on remarquera çà et là des cicatricules déprimées, blanchâtres et sans poils. Un des sièges favoris de la kératose pilaire est la région sourcilière, qui est atteinte symétriquement des deux côtés : le sourcil devient alopécique au niveau des plaques malades.

La kératose pilaire peut affecter également le cuir chevelu, et y déterminer des plaques alopéciques irrégulières.

Cette affection, plus fréquente chez les femmes et particulièrement chez les lymphatiques, est souvent héréditaire ; elle peut débuter dans le jeune âge et subit une recrudescence à la puberté : il n'est pas rare qu'elle soit associée à l'*ichthyose (Ichthyose ansérine)*.

L'évolution de la maladie est des plus lentes ; elle a de la tendance à disparaître avec l'âge, mais en laissant des points cicatriciels avec alopécie.

Le **traitement** consistera en applications de pommades et d'emplâtres à l'acide salicylique (1 à 3 0/0) ; on a conseillé dans certains cas la destruction des papules par l'électrolyse ou la galvanocaustique.]

Note additionnelle.

[Le groupe des Lichens, dont l'extension était pour les auteurs anciens si considérable, s'est singulièrement rétréci de nos jours. Nous venons de voir que le Lichen pilaire est devenu la kératose pilaire ; depuis Jadassohn le Lichen scrofulosorum est à juste titre versé dans les *tuberculides*. Quant aux Lichens remis en honneur par Vidal, nous verrons ultérieurement que la tendance actuelle (1) est de les cataloguer dans le grand groupe des Prurigos. Il ne reste donc comme Lichen, que le Lichen ruber des Allemands ; encore avons-nous vu que le Lichen ruber acuminatus n'est (au moins pour la plupart des cas) autre chose que le *pityriasis rubra pilaris (maladie de Devergie, Besnier, Richaud)*; reste donc, seul représentant légitime du groupe Lichen, le *Lichen ruber plan* ou *Lichen de Wilson*. On pressent toutefois les analogies, au moins objectives, qui rapprochent le

(1) E. Besnier, *Congrès de dermatologie*, Londres, 1896.

groupe Lichen et le groupe Prurigo, dont Willan faisait, avec le strophulus, les représentants typiques des dermatoses papuleuses.]

D. Eczémas.

Cette affection, très répandue, et par cela même d'une grande importance pratique, est une maladie inflammatoire de la peau, accompagnée de troubles fonctionnels (prurit, sentiment de brûlure à la peau); elle réalise des tableaux cliniques variés, qui ont fait prendre jadis pour des dermatoses différentes de simples variétés objectives : Hebra a eu le mérite d'établir que dans ces divers cas il s'agissait toujours d'une seule et même maladie, sous des aspects différents, à des phases d'évolution variables.

Note additionnelle.

[On définit l'eczéma une dermatose inflammatoire de l'épiderme et du derme, d'abord érythémateuse, qui se caractérise bien vite par l'apparition de *vésicules*, parfois éphémères, donnant, après rupture, un suintement de liquide incolore, collant, empesant le linge ; ce liquide se concrète en croûtes minces et molles. Ultérieurement, et si la lésion surtout devient chronique, il se fait une infiltration plus ou moins marquée de la peau avec desquamation. — Les auteurs allemands en ont fait un catarrhe humide de la peau, se terminant nécessairement par résolution sans cicatrices.

Le groupe eczéma a, jusqu'à ces dernières années, présenté une extension vraiment excessive; on en a distrait successivement bon nombre d'affections considérées aujourd'hui comme des variétés de prurigos; le lichen de Wilson en a fait aussi partie jadis.

La dyshidrose, l'impetigo n'ont conquis que depuis peu leur autonomie. Nous aurons à étudier en détail une affection isolée par Unna, l'*eczéma séborrhéique*, qui présente à tous points de vue des différences notables avec l'eczéma.

Enfin on discute encore sur la nature des eczémas d'origine externe; pour bon nombre de dermatologistes, ce sont, au moins dans la plupart des cas, non des eczémas, mais des dermatites artificielles; pour d'autres (Gaucher) la

banalité de la cause provocatrice doit céder le pas à la prédisposition de terrain absolument indispensable à l'éclosion des lésions, et cette prédisposition est précisément celle qui fait éclore l'eczéma.]

Il est d'usage, pour l'étude de l'eczéma, de le diviser en eczéma aigu et eczéma chronique.

a) **Eczéma aigu.** — L'eczéma aigu débute par l'apparition de petites élevures rouges, irrégulièrement disséminées, qui sont l'origine de vives démangeaisons ; ces élevures peuvent s'évanouir, la rougeur disparaître, et une fine desquamation épidermique révèle la terminaison du processus.

Très souvent aussi, les élevures, étant le siège d'une exsudation plus intense, se transforment en *vésicules (eczéma vésiculeux)* ; même il arrive, lorsque l'action irritative continue à s'exercer sur la peau, qu'il pousse, avec les vésicules, de vraies bulles du volume d'un grain de millet, d'une lentille, d'un haricot. Au début, le contenu des vésicules est séreux ; bientôt mélangé d'éléments cellulaires, il se trouble et prend l'aspect purulent. Le soulèvement épidermique est bientôt rompu, soit par le frottement des vêtements, soit par le grattage, et il suinte alors une sécrétion liquide plus ou moins abondante.

[Il est habituel de constater, à la place des vésicules rompues, de petites perforations épidermiques arrondies, qui sont un signe caractéristique de l'eczéma.] Souvent les débris épidermiques mêlés à la sécrétion se dessèchent en croûtes jaunâtres, qui prennent une coloration brunâtre et même noirâtre, quand il s'extravase du sang hors des capillaires du stratum papillaire *(eczéma croûteux)*.

Il est rare que sous les croûtes, on rencontre des pertes de substance profondes, et le processus guérit habituellement après régénération de l'épiderme, sans laisser de cicatrice.

Très fréquemment, l'eczéma aigu se caractérise par une tuméfaction légère de la peau, d'un rouge vif, sur une étendue plus ou moins grande ; en passant le doigt à la surface de la partie ainsi altérée, on peut sentir des inégalités, de légères saillies, du volume de grains de semoule, qui passeront directement à la vésicule. Les malades éprouvent au niveau des parties atteintes une sensation de striction, et bientôt se manifestent une démangeaison et une

brûlure intense. Les vésicules une fois développées se réunissent souvent entre elles ; puis elles crèvent, la peau rouge qui les sépare perd son revêtement épidermique, et l'on ne voit plus qu'une surface humide dont le fond est formé par le réseau de Malpighi et la couche papillaire mise à nu. A la sécrétion plus ou moins abondante se mêlent les débris épidermiques détachés, qui l'épaississent et la rendent collante, visqueuse *(eczéma madidans, eczéma rubrum)*.

Au cas où les parties malades ne sont pas rapprochées les unes des autres, ou bien quand l'excitation provocatrice des lésions et la sécrétion profuse des placards diminuent, on voit la partie malade se recouvrir de lamelles épidermiques, étalées, jaunâtres, transparentes, qui se rompent à nouveau en donnant issue au liquide qui s'était amassé au-dessous d'elles (Planches XXIII et XXIII *a*).

Quand l'hyperhémie cutanée et la tuméfaction qui l'accompagne commencent à perdre de leur intensité, la sécrétion se raréfie dans les mêmes proportions, l'épiderme entre en régénération, et les cellules épidermiques s'accolent sur le derme infiltré en squames peu adhérentes *(eczéma squameux)*.

Nous avons déjà signalé plus haut, que les divers stades de l'eczéma aigu peuvent guérir directement; il est fréquent d'observer la transformation d'eczémas papuleux ou vésiculeux en eczémas squameux. Il arrive aussi de rencontrer sur le même malade ici de l'eczéma squameux, là de l'eczéma croûteux, notamment dans les cas d'eczéma généralisé ou dans les formes récidivantes.

Fait curieux, on voit des malades, porteurs depuis longtemps d'un eczéma léger qui ne les préoccupe pas, présenter tout d'un coup et sans cause appréciable une poussée d'eczéma sur des régions du corps distantes du placard primitif. Plusieurs auteurs (Kaposi) attribuent ces phénomènes à un trouble nerveux vaso-moteur, mais le fait est encore à prouver.

D'autres individus sont, à certaines saisons de l'année, particulièrement exposés à l'eczéma, et voient reparaître après plusieurs années une éruption disparue.

Les eczémas aigus ne sont heureusement pas, dans les cas les plus fréquents, généralisés à toute la surface cutanée ; néanmoins, ils constituent parfois une affection grave, même dangereuse : c'est quand certaines régions (visage, organes

génitaux, mains), présentent un gonflement intense, accompagné d'une sensation de striction, de brûlure, de prurit, et d'un état fébrile marqué ; les vêtements, les linges collent aux surfaces humides, les irritent ; les malades, obligés de garder le lit, n'y trouvent ni repos, ni sommeil ; ils souffrent de faiblesse, de perte d'appétit, éprouvent des frissons, en somme une atteinte de l'état général due à la mauvaise nutrition de l'organisme et à la déperdition du plasma sanguin.

L'*eczéma généralisé* a une durée impossible à fixer, par ce fait que, le stade aigu terminé, la guérison n'est que partielle, et qu'il persiste habituellement en différents points du corps des reliquats qui passent à la chronicité. L'eczéma *localisé*, dans les cas légers, peut guérir en 2 à 4 semaines.

Formes localisées de l'eczéma aigu. — La plus fréquente est l'*eczéma des mains*, exposées plus que toute autre région du corps aux influences nocives : les mains malades présentent un gonflement sérieux, au niveau de la face dorsale et des doigts : l'enflure peut remonter jusqu'à l'avant-bras. L'épiderme palmaire, en raison de son épaisseur, ne s'enlève que lentement : il se forme fréquemment des rhagades douloureuses ; le pourtour de l'ongle peut s'enflammer aussi en tissu de granulations. Pendant un temps assez long, les malades sont dans l'impossibilité de se servir de leurs mains. [Bon nombre d'eczémas aigus des mains sont des *dermites eczématiformes artificielles*, récidivant par le retour même de la cause qui les a une première fois provoquées.]

Les *eczémas des pieds* ont des caractères analogues, mais sont plus rares.

L'*eczéma aigu du visage* (Planche XXIV) est fréquent. Il se traduit par un gonflement des paupières, des joues, du nez, des lèvres et même des oreilles, qui tend fortement la peau. Il est souvent confondu avec l'érysipèle facial ; mais, dans cette dernière affection, l'infiltration inflammatoire à tendance extensive, l'absence ordinaire de vésicules ou de pustules, l'intensité de la douleur, l'ascension constante de la température, sont autant de signes qui rendent facile le diagnostic différentiel. Il est rare que toutes les parties du visage atteintes par l'eczéma guérissent assez complètement, pour qu'il ne se produise pas de récidive à la moindre occasion. La conque de l'oreille est souvent prise en même temps

que le visage ; cela augmente encore le malaise. L'eczéma du visage laisse, comme suite fort pénible, une sécheresse et une raideur de la peau qui survit même à la guérison apparente et provoque le retour des récidives.

[L'*eczéma aigu de la face* est particulièrement fréquent chez les enfants, à l'occasion de la dentition ou de troubles dyspeptiques : d'abord vésiculeux, il donne un suintement abondant concrété en croûtes jaunes ; à un stade plus avancé, l'épiderme est rouge et craquelé. Il fait habituellement un masque sur les joues, le front, le menton ; l'infection secondaire par les staphylocoques à la suite du grattage est fréquente ; l'eczéma prend alors le type *impétigineux*. Les enfants sont tourmentés par un prurit intense, qui les énerve et leur fait perdre le sommeil.]

L'*eczéma des oreilles* est remarquable par les fissures douloureuses qui se produisent au niveau du sillon rétro-auriculaire.

[L'*eczéma aigu du cuir chevelu* débute par de la rougeur avec gonflement ; bientôt se forment des croûtes et un suintement qui agglutinent les cheveux, dont un bon nombre peut tomber.]

L'*eczéma aigu des organes génitaux* est plus fréquent chez l'homme que chez la femme : il se traduit par un gonflement œdémateux du pénis, du scrotum, et provoque une sensation de lourdeur et de tension qui oblige le malade à prendre le lit, puis la peau devient rouge, enflammée ; il se fait une assez abondante sécrétion, très pénible, avec des croûtes plus ou moins nombreuses, dont l'arrachement s'accompagne de brûlures douloureuses. Chez la femme, l'eczéma occupe les grandes lèvres, d'où il gagne les plis génito-cruraux et même les cuisses.

[L'eczéma génital est souvent un signe révélateur du diabète dans les deux sexes. Chez l'homme, il occupe souvent le prépuce, où il détermine des fissures suintantes, très douloureuses ; il peut occuper le gland également où il prend souvent la forme sèche.

L'eczéma vulvaire, en dehors des cas de glycosurie, relève souvent d'écoulements leucorrhéiques irritants.

L'*eczéma aigu de l'anus* est fréquemment une propagation de l'eczéma génital ; dans les autres cas, il est habituel-

lement la conséquence d'une irritation locale provocatrice (hémorrhoïdes, fissure, oxyure) ; il est habituellement fissuraire et très prurigineux.]

L'*eczéma intertrigo* est une variété clinique, où la sécrétion est peu abondante, où les cellules épidermiques desquament : le mélange de l'une et des autres forme une sorte d'enduit visqueux recouvrant la peau rouge sous-jacente. Cet eczéma atteint les régions où des surfaces de peau sont en contact (marge de l'anus, plis sous-mammaires, plis articulaires, etc.), particulièrement chez les enfants gras et les adultes obèses. [Cet *eczéma des plis* est souvent précédé d'érythème pur (*érythème intertigo*) ; d'autre part il persiste souvent chroniquement comme reliquat d'un eczéma généralisé.]

b) **Eczéma chronique.** — Morphologiquement l'eczéma chronique ne se différencie que partiellement de l'eczéma aigu : c'est l'évolution clinique qui fournit les moyens de les distinguer.

L'eczéma chronique n'est souvent que la continuation, la suite d'une poussée eczémateuse aiguë rapidement évanouie, ou d'un eczéma aigu qui, sur place, a perdu peu à peu ses caractères d'acuité pour passer lentement à la chronicité. Les formes dermatologiques de l'eczéma chronique sont le plus souvent humides ou bien squameuses; parfois il y a de plus des papules, et même des vésicules à caractère inflammatoire comme dans l'eczéma le plus aigu : mais ici le caractère chronique de l'éruption s'affirme par les récidives, la persistance pendant des mois, même des années. [La configuration des placards est variable : tantôt régulièrement arrondie (*eczéma nummulaire*), tantôt polycyclique (*eczéma figuré*) tantôt irrégulière ; le polymorphisme est habituel.]

La peau présente de plus, dans certains cas, des modifications consécutives qui contribuent à entretenir la chronicité de l'affection : raideur, facilité extrême à s'excorier, formation de rhagades douloureuses au niveau des plis cutanés.

Mentionnons comme autres conséquences de l'eczéma chronique la pigmentation de la surface cutanée atteinte, l'épaississement de l'épiderme et plus tard du derme, l'hyperplasie du tissu conjonctif qui, dans certaines conditions particulières, peut conduire à l'*éléphantiasis*. Notons encore

la dégénérescence possible des follicules pilo-sébacés, la chute des poils, etc.

[Quand l'eczéma chronique revêt la forme sèche, il n'est pas rare de voir la peau s'épaissir avec exagération de ses plis; le prurit est particulièrement vif dans ces cas, qui présentent de grandes analogies avec ce qu'on appelait *lichen simplex*, d'où le nom d'*eczéma lichénoïde*.]

Parmi les *symptômes subjectifs*, le plus important est la vive démangeaison qui tourmente les malades, sans cesse occupés à se gratter sous leurs vêtements, au point de se faire saigner avec leurs ongles.

L'eczéma chronique est rarement généralisé à tout le corps ; il se cantonne habituellement sur des territoires limités, au niveau de régions prédisposées.

La **marche** de l'eczéma chronique varie selon les causes qui l'ont engendré, et aussi selon l'importance des altérations cutanées : épaississement de la peau, rhagades, chute des poils, etc.

Il est à mentionner que la *furonculose* vient souvent compliquer les eczémas chroniques : ce fait s'explique par l'inoculation, du fait du grattage, des staphylocoques dans les follicules. [Les auteurs anciens insistaient sur l'alternance fréquente des manifestations eczémateuses et de troubles du côté du système nerveux, des bronches, du poumon, de l'intestin, surtout chez les uricémiques, les goutteux : d'où la doctrine en honneur, que certains eczémas chroniques devaient être respectés, et même rappelés artificiellement dans les cas où leur guérison coïncidait avec l'apparition de troubles viscéraux. Il y a eu dans cette manière de voir une part d'exagération, mais elle reste néanmoins très vraie pour quelques cas.]

Localisations des eczémas chroniques. — *Eczéma du cuir chevelu*, habituellement du type *impétigineux*, accompagne souvent l'eczéma des oreilles et du visage. Le cuir chevelu est recouvert de croûtes molles, d'un jaune verdâtre, souvent brunes; il n'est pas rare, au milieu des croûtes qui englobent et séparent les cheveux, de trouver des poux et des lentes. Si on enlève les croûtes, on trouve sous elles une peau rouge, humide, privée d'épiderme. Les cheveux sont tantôt isolés, tantôt réunis en houppes, en bouquets, collés ensemble. Cette forme d'eczéma, d'origine parasitaire (*pédiculose*) s'observe surtout chez l'enfant et la femme. Les

enfants présentent en outre un gonflement volumineux des ganglions de la nuque et du cou, que les mères appellent souvent glandes scrofuleuses. Si l'on n'intervient pas, les cheveux s'agglomèrent en plaques feutrées, inextricables (*plique polonaise*).

[En dehors de ces cas, l'eczéma chronique du cuir chevelu est presque toujours séborrhéique, ainsi que celui des oreilles.]

Eczéma chronique du visage : chez l'enfant (*eczéma infantile*), le visage entier et les oreilles sont couverts de croûtes (*croûtes de lait*) : cette affection est particulièrement démangeante. Chez l'adulte, la totalité de la face n'est presque jamais envahie : il s'agit d'eczémas limités soit aux oreilles, soit aux sourcils, aux paupières, au pourtour des lèvres.

Eczéma des lèvres : quand il accompagne l'eczéma des narines, il détermine à la longue un épaississement du bord de la lèvre, parfois de la lèvre entière ; la muqueuse desquame, et, même après guérison, il persiste habituellement de la tuméfaction de la lèvre avec formation de plis linéaires, profonds, d'aspect cicatriciel.

[Besnier distingue trois variétés d'eczéma des lèvres : *a*) *l'eczéma éléphantiasique* (c'est celui qui vient d'être décrit, en coïncidence chez des sujets lymphatiques avec du coryza chronique) ; *b*) *l'eczéma orbiculaire :* occupant la partie cutanée des deux lèvres, sec, semé de fissures transversales, de crevasses saignantes ; *c*) *l'eczéma du rouge des lèvres :* maladie des plus rebelles, débutant par des taches rouges bientôt généralisées en une rougeur diffuse ; sur ce fond, un épiderme incessamment desquamant et renouvelé.]

L'eczéma des organes génitaux et de la marge de l'anus a des suites nombreuses, dues au prurit et au grattage : épaississement de la peau, hypertrophie des plis de l'anus chroniquement enflammés.

Mentionnons encore *l'eczéma des plis articulaires*, du *nombril*, [fréquent chez les obèses et par la malpropreté, donnant un suintement fétide], *l'eczéma du sein et du mamelon* [qui se rencontre surtout pendant la grossesse, l'allaitement, dans la gale : il forme sur le sein des placards rouges, humides et croûteux ; sur le mamelon, il est fissuraire et crevassé].

Certaines occupations professionnelles favorisent le développement et la persistance de l'eczéma au niveau des *mains, des doigts et des ongles* (maladies industrielles); ces eczémas ne consistent pas seulement en éruptions pustuleuses sérieuses; ils déterminent aussi un épaississement épidermique marqué des mains et des doigts, compliqué de rhagades douloureuses, de dénudations, qui met les malades dans l'impossibilité de se servir de leurs mains. Des lésions analogues, mais moins accentuées peuvent s'observer au niveau des pieds.

[L'*eczéma des ongles* revêt deux formes, isolées ou associés :

a) *Eczéma de l'ongle :* les ongles, secs et fendillés, sont striés ou piquetés ; une couche cornée épaisse forme le lit de l'ongle ; *b*) *périonyxis eczémateuse :* inflammation vive avec tuméfaction du bourrelet cutané périunguéal.]

Nous devons mentionner comme maladie présentant avec l'eczéma des analogies l'*Impetigo de la face contagieux ou parasitaire* [On trouvera l'étude de cette maladie au chapitre des maladies microbiennes de la peau], et *l'eczéma marginé* (Hebra), qui se caractérise par des placards atteignant parfois la dimension de la paume de la main, en forme de cercles ou d'ellipses ; la périphérie des placards est vésiculeuse, tandis que le centre est recouvert de croûtes et de squames, et prend à la longue une teinte sombre, pigmentée; il siège surtout au niveau des cuisses, des organes génitaux. Notre Planche XXVI représente une variété de cette maladie. — [La nature eczémateuse de cette affection est des plus douteuses : le plus souvent il s'agit de tricophytie cutanée ou d'érythrasma ; d'ailleurs, nous la retrouverons, décrite à nouveau par l'auteur, au chapitre tricophytie.]

Etiologie des eczémas. — Les causes des eczémas sont importantes à connaître pour la pratique. Elles sont multiples ; la meilleure division à faire parmi elles est de distinguer, d'une part les influences nocives qui exercent leur action directement sur la peau (**Eczémas par insultes extérieures, eczémas d'origine externe**), et d'autre part celles qui ne prédisposent à l'eczéma que par l'intermédiaire d'un trouble général de la nutrition (**Eczémas symptomatiques, eczémas de cause interne**) :

a) **Causes externes.** — Ce sont le plus souvent des irri-

tations mécaniques, thermiques ou chimiques de la peau. Les *excitations mécaniques*, telles que pression prolongée, frottements, déterminent facilement l'eczéma, surtout quand la peau est déjà irritée d'une manière quelconque : dans certains cas le frottement d'un vêtement, de simples enveloppements sont suffisants.

Les *démangeaisons* avec le grattage qu'elles déterminent sont une cause fréquente d'eczéma (gale, phtiriase, prurigo, prurit cutané, urticaire, lichen ruber, ichthyose, pemphigus prurigineux).

Le ralentissement ou l'arrêt de circulation qu'on observe chez les *variqueux* aux membres inférieurs et parfois au scrotum, dispose à l'eczéma de ces régions par le prurit qu'ils déterminent et qui oblige les malades à se frotter ou à se gratter ; l'épiderme, par le fait des petites hémorrhagies fréquentes et par l'exsudation qui se produit dans le derme, se trouve aminci, distendu et facilement érodé.— La répétition des poussées eczémateuses ajoute à l'état inflammatoire, en sorte que les couches profondes de la peau s'hypertrophient, s'épaississent ; les vaisseaux sanguins et lymphatiques s'élargissent, d'autres nouveaux se forment, il se fait entre tous ces canaux des anastomoses nombreuses (*varicosités*), tandis que le tissu conjonctif ambiant s'épaissit, se sclérose : à la longue, la région du corps atteinte subit une augmentation de volume considérable et définitive (*elephantiasis*.)

[L'*eczéma variqueux des membres inférieurs* se caractérise par une infiltration marquée de la peau avec rougeur, surtout au niveau des parties antérieure et interne de la jambe. Tantôt humide, il est le siège d'un suintement plus ou moins marqué et se couvre de croûtes ; des crevasses se font bientôt au niveau de la face antérieure du cou-de-pied, dans les espaces interdigitaux et à la face plantaire des orteils. Tantôt sec, il est alors recouvert de squames blanchâtres, plus ou moins grandes. C'est une affection des plus rebelles, qui, lorsqu'elle guérit, laisse une pigmentation brune persistante, et présente une déplorable tendance à la récidive.

Des *complications* sont fréquentes dans l'évolution de l'eczéma variqueux : des exulcérations, des ulcères, surtout des infections streptococciques à type de lymphangites ou d'érysipèle ; ces infections répétées laissent comme reliquat des lésions dermiques profondes, de la sclérose du derme.

Une *dermite végétante* se développe souvent, donnant un aspect papillomateux aux régions atteintes, qui présentent de plus des saillies dures, inégales, agglomérées, recouvertes d'une cuirasse cornée noirâtre (*Ichthyose nigricans*).

A la longue, l'hypertrophie éléphantiasique déforme la jambe, le dos du pied, les orteils qui deviennent prismatiques avec une extrémité libre grosse et carrée (1).]

Les irritations *thermiques*, chez les chauffeurs par exemple, provoquent souvent des lésions diffuses des mains, du visage, de la poitrine (*eczéma calorique*), surmontées de vésicules nombreuses ; la chaleur solaire produit chez les rameurs, les baigneurs de fréquents eczémas. Il n'est pas rare d'observer, à la suite de transpirations abondantes et prolongées, une éruption eczématiforme, vésiculeuse (*eczéma sudoral*) : dans ces cas, la sécrétion sudorale abondante s'accumule dans les canaux excréteurs des glandes sudoripares avec soulèvement de l'épiderme, ou en dehors d'eux par afflux de sécrétion séreuse hors des vaisseaux capillaires et sa collection sous la couche épidermique. Le frottement des vêtements, l'accolement des surfaces cutanées qui favorise la macération viennent encore accentuer l'éruption et influencer sa marche.

Les irritations d'ordre *chimique* sont nombreuses et variées : citons, comme agents les plus fréquents, la teinture d'arnica, médicament populaire des contusions et des écorchures, les résines telles que la térébenthine qui entre dans la composition de beaucoup d'emplâtres, et qui est employée par de nombreux corps de métiers (peintres, imprimeurs); citons encore des substances médicamenteuses (huile de croton, cantharide, farine de moutarde, iodoforme, soufre, acide phénique, sublimé, vieilles pommades mercurielles, solution de potasse) ; la lessive, les savons (surtout ceux qui ont un excès d'alcali libre) chez les blanchisseuses ; les enveloppements humides prolongés à l'eau froide, les cures d'eau froide (on y voyait jadis des éruptions critiques favorables) (Voy. pl. XIV, XXIV, XXV).

[Parmi ces éruptions de cause externe, les unes sont de pures dermites, non eczémateuses, caractérisées par leur évolution rapide, cédant à la suppression de la cause provocatrice et ne se reproduisant que par le retour de cette même cause d'irritation première. Dans certains cas cependant, il

(1) Jeanselme, thèse de doctorat, 1888.

s'agit d'un véritable eczéma dont la cause externe d'irritation a éveillé l'éclosion ou localisé le siège, et qui persiste après la suppression de l'agent qui l'a occasionné.]

b) **Eczémas de cause interne.** *Eczémas symptomatiques.* — Ils sont la conséquence de troubles ou maladies variées de l'organisme, exerçant au niveau de la peau une action irritante : ce sont surtout les états où la nutrition est ralentie ou insuffisante, où la résistance des malades est affaiblie au point que la peau répond par de l'eczéma à des influences nocives même légères : parmi ces états, nommons la scrofule, le rachitisme, le diabète, le rhumatisme, l'obésité, l'anémie, les dyspepsies : les parties périphériques du corps (visage, mains) sont surtout atteintes par l'eczéma.

[Les *troubles digestifs* tiennent le premier rang parmi les facteurs étiologiques de l'eczéma, comme de l'acné : chez les enfants, la gastro-entérite, chez l'adulte la dyspepsie nervomotrice avec constipation, les dyspepsies par fermentation (Robin et Leredde). Il est fréquent d'observer des recrudescences à l'occasion d'un écart de régime, de l'usage d'aliments épicés ou fermentescibles (charcuterie, poissons de mer, gibier, alcool).

L'insuffisance de la dépuration urinaire, l'insuffisance hépatique sont également des conditions favorisant le développement de l'eczéma.

De même, les affections utérines, les varices et phlébites, l'auto-intoxication du surmenage, les émotions violentes jouent souvent le rôle de cause occasionnelle. Mais ce qui domine avant tout l'étiologie des eczémas, ce sont les conditions de terrain qui seules peuvent réaliser l'eczéma vrai : ces conditions, mal connues encore au point de vue biologique et chimique, sont celles qu'exprime le terme de *neuro-arthritisme* (ralentissement de la nutrition de Bouchard). Tous les facteurs étiologiques qui viennent d'être cités plus haut jouent seulement le rôle de causes occasionnelles.]

Note additionnelle.

[**Anatomie pathologique des eczémas :** Les lésions intéressent à la fois le derme et l'épiderme.

a) Lésions du derme : congestion des vaisseaux du corps papillaire, œdème périvasculaire, papilles infiltrées de noyaux

embryonnaires; dans l'eczéma chronique, sclérose des papilles.

b) Lésions de l'épiderme : au niveau du corps muqueux de Malpighi, œdème interstitiel aboutissant par place à la formation de vésicules par la destruction de groupes de cellules qui font place à une cavité remplie de la sérosité exsudée des vaisseaux.

D'après Gaucher, l'épiderme est décollé en masse, séparé complètement de la couche papillaire.

D'après Unna, il y a des lésions spéciales qu'il désigne sous le nom de *parakératose* et d'*acanthose*.]

Pronostic des eczémas : Quelque pénibles et même graves que soient parfois les eczémas, il est presque toujours possible de soulager les malades et souvent de leur promettre la guérison.

Quand les influences nocives prennent fin, ou quand le malade sait les éviter, il suffit souvent d'un traitement local léger pour résoudre l'eczéma, qui guérit sans laisser d'altérations notables de la peau, tout au plus de légères pigmentations ou un épaississement modéré. Maladie de la couche épidermique surtout, l'eczéma, même dans les formes pustuleuses, ne produit pas de cicatrices à la peau; quand il en existe, c'est qu'il y a eu des infiltrations profondes, atteignant la couche papillaire, et des accidents surajoutés (furonculose par exemple) qui n'appartiennent pour ainsi dire pas au tableau de l'eczéma.

Les syphilitiques disent parfois qu'ils ont eu des atteintes d'eczéma, précédées de troubles des nerfs ou des viscères; dès que l'on constate des cicatrices, il faut admettre qu'il s'est agi non de poussées eczémateuses, mais d'éruptions de syphilides agminées, ayant guéri spontanément ou par le traitement.

[**Nature de l'eczéma.** — Dans ces dernières années, quelques auteurs ont défendu la nature microbienne de l'eczéma (Leredde), par des arguments cliniques (production de foyers secondaires d'inoculation par le grattage, configuration arrondie des placards, lésions aberrantes autour de foyers principaux, fréquence et facilité des récidives tant qu'il persiste un foyer incomplètement éteint), et par des arguments bactériologiques : à ce point de vue, les résul-

tats des recherches sont loin d'être démonstratifs (cocci de Unna en amas mûriformes : *morocoques*).

La nature parasitaire serait-elle prouvée, que les conditions diathésiques dont nous avons parlé conserveraient encore toute leur importance, en tant que terrain approprié à la pullulation microbienne spécifique.]

Diagnostic de l'eczéma. — *L'eczéma aigu*, en raison de ses caractères, ne peut guère être confondu avec aucune autre affection : tout au plus pourrait-on prendre un eczéma aigu du visage pour un *érysipèle* : nous avons déjà donné les caractères différentiels.

Les eczémas chroniques, par leur durée parfois longue, leur tendance à se recouvrir de croûtes, pourraient être confondus avec le *psoriasis* ou le *lichen plan* : les observateurs peu expérimentés devront s'attacher à cette notion que l'eczéma chronique est précédé d'un stade aigu que révélera l'anamnèse ; de plus, on trouvera toujours, sur un point du corps, une poussée d'eczéma aigu accompagnant les manifestations chroniques. D'autre part, l'eczéma est une maladie surtout épidermique ; il se différenciera du psoriasis en ce qu'il ne se développe pas, comme celui-ci, en placards aussi nombreux, aussi uniformes. [Le psoriasis ne suinte pas, les croûtes sont plâtreuses, d'un blanc argenté ; le suintement de gouttelettes sanguines par grattage des squames est caractéristique.] Le *lichen* se distinguera à ses papules saillantes, à sa minime desquamation : il n'est jamais humide. Rappelons que le prurit constant dans l'eczéma est très rare dans le psoriasis mais fréquent dans le lichen.

Le prurigo, l'ichthyose, le lupus érythémateux, l'herpès tricophytique, le favus sont encore plus difficiles à confondre avec l'eczéma, sauf dans les cas où un ou plusieurs de ces processus se combinent avec l'eczéma, ce qui n'est pas très rare.

[Citons encore le pityriasis rosé de Gibert, formé de taches rosées, légèrement squameuses, l'éruption eczématoïde du début du *mycosis fongoïde* qui s'accompagne d'un prurit des plus intenses et d'une infiltration diffuse de la peau.

La *dyshidrose* se reconnaîtra à sa localisation aux faces latérales des doigts, à son apparition estivale ; la *miliaire* sudorale au contenu clair, non empesant de ses vésicules ; l'*impetigo* sera parfois très difficile à distinguer de l'*eczéma*

impétigineux; le diagnostic de l'eczéma et de certaines *syphilides* sera particulièrement délicat dans les cas de localisations palmaire et plantaire : l'absence de symétrie des lésions, leur contour polycyclique, l'infiltration dure des bords plaideront en faveur de la syphilis.]

Traitement des Eczémas.

A. ***Traitement interne :*** les médecins français surtout appliquent dans tous les cas d'eczémas, soit aigus, soit chroniques, des règles diététiques sévères et prescrivent des médicaments internes. Mais il n'est pas établi jusqu'à présent que tous les cas d'eczémas relèvent de causes constitutionnelles (diathèses, etc.) ; il est même plus que probable que le contraire est la vérité. Le traitement interne sera donc réservé aux cas qui accompagneront un état diathésique bien caractérisé et où l'on pourra suspecter une relation possible entre cet état et la dermatose. Il faut souvent par exemple traiter un état anémique ; dans les cas de diabète, de mal de Bright, d'uricémie, d'oxalurie, on devra prescrire un régime, des alcalins, des diurétiques ; en somme il faudra observer minutieusement la nutrition générale, point que nous ne surveillons pas encore suffisamment, et ne pas limiter son attention à l'affection cutanée, comme si elle n'avait aucune relation avec l'état maladif du sujet.

Note additionnelle.

[Sans nous accorder pleinement avec l'auteur pour ses prémisses, nous ne pouvons qu'approuver ses conclusions dernières ; nous croyons en effet qu'un traitement interne et un régime sont toujours nécessaires.

Comme prescriptions de régime, il faut interdire les aliments indigestes (crudités, truffes) ou riches en toxines (poissons de mer, coquillages, crustacés, gibier, fromages fermentés, bouillon concentré), les graisses, la friture, les légumes et fruits acides (oseille, tomates, groseilles, aubergines). Dans certains cas, il sera utile de réduire l'alimentation azotée et de mettre le malade au régime lacté et végétarien.

On interdira le vin, le café, les liqueurs ; l'eczémateux boira du lait, ou de la bière très légère, ou de l'eau pure.

Chez les petits enfants, où l'eczéma d'origine digestive est

si fréquent, on règlera sévèrement l'alimentation ; s'il est au sein, on fixera la durée des tétées, en espaçant les intervalles (3 heures).

En dehors de ces règles générales, des indications particulières seront fournies par l'état diathésique ou pathologique du sujet. Les dyspeptiques avec constipation useront de laxatifs répétés ; les anémiés prendront du sirop iodotannique, du fer, parfois même de l'huile de foie de morue, si elle est supportée. Aux brightiques, on prescrira le régime lacté, les diurétiques (lactose, tisanes de queues de cerise, de chiendent) ; aux arthritiques, diabétiques, uricémiques conviendront les alcalins (bicarbonate de soude, sels de lithine, eaux de Vichy, Vals, Vittel, Contrexéville).

Que faut-il penser de l'arsenic? Il est contre-indiqué absolument dans les eczémas aigus et les poussées aiguës des eczémas chroniques ; il sera réservé pour les formes torpides, les formes sèches.]

B. ***Traitement externe :***

a) *Eczéma aigu :* dans l'eczéma intertrigineux, dans les formes papuleuses, on se contentera de poudrages : poudres d'amidon, de talc, mélanges, tels que :

Amidon de riz. . . .	100
Poudre d'alun. . . .	20
Fleur de zinc	} *ãa* 5
Poudre d'iris de Florence	}

Dans les formes très inflammatoires, on emploiera les applications de glace, les enveloppements froids, l'acétate d'alumine, les compresses humides imbibées de résorcine à 2 0/0, de tuménol liquide à 2 ou 5 0/0 (Neisser), et autres semblables.

La démangeaison sera combattue par des lotions faites avec des solutions d'acide phénique, d'acide salicylique, par des poudrages consécutifs, éventuellement des applications de goudron. Mais la plupart des médecins évitent le goudron, tant qu'il persiste de l'humidité : Lassar ne partage pas cette opinion.

Dans le stade de formation des croûtes, il est indiqué de les faire tomber par des applications émollientes : huiles, substances grasses ; un médicament souverain pour cela, c'est l'onguent diachylum d'Hebra.

A la période squameuse, recourir aux onctions de pommades : vaseline, onguent leniens, onguent de zinc, onguent de Wilson, pâte de Lassar, caséine de zinc, pâtes de zinc et d'œsypus; pommades rafraîchissantes d'Unna, telles que :

R. Lanoline. 10
Axonge benzoïnée . . 20
Eau de roses 30

R. Œsypus. . . } ãã (Ihle)
Oxyde de zinc.
Huile d'olive .

R. Oxyde de zinc } ãã } (Berliner).
Amidon. . .
Œsypus. . . .
Huile d'olive . .

[Nous réglons le traitement externe de l'eczéma aigu d'après les mêmes principes A la *période de vésiculation et de suintement*, pulvérisations tièdes légèrement boriquées, compresses humides boriquées ou non recouvertes de taffetas imperméable, cataplasmes de fécule ou d'amidon appliqués froids; l'emploi de la toile de caoutchouc (recommandé par Colson, remis en honneur par Tenneson) rend des services, à condition de changer le pansement dès que la peau s'échauffe et de bien nettoyer la toile et la surface eczémateuse chaque fois : il faut suspendre le caoutchouc dès que l'épiderme macère. Certains sujets ne le peuvent supporter, parce qu'il détermine des poussées.

Quand l'inflammation est tombée, *à la période squameuse,* on emploiera les pommades anodines. Après un certain temps, si les lésions ne rétrocèdent pas, on prescrira des pommades actives au goudron, à l'huile de cade, au calomel (1/10), au tannin (1/15), en surveillant toujours la tolérance de la peau.

Les *bains* sont souvent défavorables à la période inflammatoire de l'eczéma et risquent souvent de provoquer des poussées; à la période squameuse, les bains d'amidon, de son sont souvent utiles.]

b) Eczéma chronique : En outre des médicaments déjà cités, on recourt à l'emploi de pommades amollissantes, d'emplâtres de savon salicylique, de caoutchouc.

Dans le cas d'épaississements calleux, s'ils ne cèdent pas au goudron, on fait une médication active par l'association du goudron et du savon vert à parties égales, l'emploi de l'acide phénique, éventuellement la pommade au naphtol, à l'acide pyrogallique, à la chrysarobine (de 1 p. 10 à 1 p. 50 de vaseline); on devra parfois faire des cautérisations avec la potasse caustique (5 p. 10 d'eau distillée).

Note additionnelle.

[Dans les formes simples, il suffit souvent de pommades à l'oxyde de zinc, de pâtes telles que celle de Lassar signalée plus haut et dont voici la formule :

Oxyde de zinc / Amidon { *āa* .	25
Ac. salicylique. . .	1
Ac. phénique ou menthol	1
Vaseline	50

Dans les cas plus tenaces, l'huile de cade est un des meilleurs médicaments : émulsionnée avec du bois de Panama, elle sera incorporée au glycérolé d'amidon dans les proportions de 5 à 50 pour 100 (glycérolés cadiques faibles et forts); parfois il sera utile de l'employer pure en badigeonnages.

Dans les formes infiltrées, lichénoïdes, on se trouvera souvent bien de badigeonnages au nitrate d'argent en solution.

Dans les formes prurigineuses, on pourra recommander, outre les lotions acides, les pommades à l'acide phénique ou au menthol, les *colles* de Unna (voir la formule au traitement général des maladies de la peau).

Traitement particulier des principales variétés d'eczéma : *Eczéma rubrum :* se contenter de simples poudrages.

Eczéma impétigineux : pulvérisations boriquées, compresses boriquées renouvelées toutes les 3 ou 4 heures; quand les croûtes seront bien tombées, onctions à la pommade boriquée.

Eczémas du cuir chevelu : à la période aiguë, pulvérisations tièdes, bonnet de caoutchouc ; plus tard seulement pommades au soufre, à l'huile de cade (5,10 0/0).

Eczémas des oreilles : à la période aiguë, pulvérisations, oreilles de caoutchouc ; plus tard pommade d'oxyde au zinc ; dans les cas chroniques, pommade au goudron ; cautériser au nitrate d'argent les fissures rétro-auriculaires.

Eczémas de la face : masques de caoutchouc, de compresses humides recouvertes de taffetas gommé ; plus tard, pommades d'oxyde de zinc, de goudron, de calomel, selon la réaction de la peau.

Eczémas de la barbe : caoutchouc, pulvérisations, cataplasmes froids ; plus tard, pommades d'oxyde de zinc, de turbith.

Eczéma des lèvres : bandelettes de caoutchouc, puis pommades à l'oxyde de zinc, à l'acide salicylique, à l'oxyde jaune (1/30) Dans l'eczéma du rouge des lèvres, il faudra parfois recourir à des scarifications répétées.

Eczéma des paupières : compresses émollientes, puis pommades au précipité jaune ou rouge.

Eczémas des plis : lotions minutieuses (eau de camomille, eau boriquée, puis poudrages avec poudres minérales (talc, oxyde de zinc, bismuth) : interposer de la gaze aseptique entre les surfaces cutanées au contact.

Eczémas anal, scrotal, vulvaire : lotions et bains de siège chauds : plus tard, pommades au tannin, au calomel. Les fissures seront cautérisées au nitrate d'argent ou mieux au sulfate de cuivre. Les fissures guéries, si l'eczéma persiste, glycérolés cadiques, badigeonnages au nitrate d'argent.
Le malade prendra des soins de propreté minutieux, notamment après chaque miction ou chaque garde-robe.

Eczéma variqueux : à la période aiguë, caoutchouc, compresses humides, plus tard pommades ; on prescrira le repos autant que possible. Il sera souvent utile de faire de la compression par dessus le pansement. Lorsque l'épaississement scléreux se produit, compression par la bande de caoutchouc.

Eczéma plantaire et palmaire : appliquer pendant la nuit sur les parties atteintes un morceau de flanelle garni d'une couche mince de savon noir dissous dans l'alcool.

Eczéma des ongles : doigtiers de caoutchouc, emplâtre de Vidal ; pommade salicylique à 1/20, huile de cade.]

[*C.* **Traitement thermal des eczémas** :

Le traitement hydro-minéral doit être absolument réservé aux périodes intercalaires des poussées, quand celles-ci ont complètement perdu tout caractère d'acuité ; il ne s'applique utilement qu'aux eczémas non irritables.

Les eczémas secs seront favorablement modifiés aux eaux sulfureuses (Luchon, Uriage, Saint-Gervais) ; dans les formes rebelles, infiltrées, où aucune réaction n'est à craindre, on enverra les malades à la Bourboule.

Certaines indications seront tirées de l'état général des malades ; sauf contre-indications particulières, les diabétiques seront dirigés sur Vichy, les goutteux sur Contrexéville, Vittel, Evian, les arthritiques nerveux sur Royat, Plombières, les lymphatiques sur la Bourboule, même sur Salies.

On traite à Louèche par les bains prolongés certaines formes d'eczémas étendus rebelles (1).]

Eczéma séborrhéique.

Unna considère cette affection comme une maladie *sui generis*, résultant généralement d'une séborrhée latente du cuir chevelu ; ce n'est que lorsque la séborrhée s'est aggravée et a déterminé de la perte abondante des cheveux, la production de squames et de croûtes, un suintement humide, de fortes démangeaisons, que le malade consulte le médecin.

Du cuir chevelu, la maladie envahit, au delà de la lisière des cheveux, le front, les tempes ; les plaques ont toujours un contour bien limité, elles sont parfois très rouges, recouvertes de squames jaunâtres, graisseuses. Des tempes l'affection gagne habituellement les oreilles, même le cou.

(1) [Voy. De La Harpe, *Formulaire des eaux minérales*, Paris 1895, p. 259].

Unna distingue trois formes d'eczéma séborrhéique : *squameuse*, *croûteuse*, *humide*.

En dehors des localisations, que nous venons de mentionner, signalons encore : le *district sternal* où l'on voit groupées des taches, rondes ou ovalaires, du diamètre d'un ongle : chacune a une coloration jaunâtre, tandis que le contour est rouge ; *la région axillaire*, où l'affection s'étend serpigineusement ; le dos de la main, le siège, les hanches, la région anale, les plis génito-cruraux.

L'eczéma séborrhéique doit être **diagnostiqué** avec les autres eczémas et avec le psoriasis : l'évolution descendante de la maladie, la notion de l'existence antérieure d'une séborrhée localisée, l'aspect spécial des efflorescences cutanées caractérisent l'eczéma séborrhéique.

Comme **traitement**, Unna recommande en première ligne le *soufre*, associé à l'oxyde de zinc, surtout dans la forme humide ; dans les formes squameuses et croûteuses, on emploie avec succès la chrysarobine, l'acide pyrogallique, la résorcine. Les médications internes semblent absolument inutiles.

Note additionnelle.

[C'est en 1886, qu'Unna a isolé des eczémas et constitué en un groupe spécial, sous le nom d'eczéma séborrhéique, un certain nombre de maladies cutanées à type eczémateux, qu'il rattache à un trouble et à des lésions des glandes cutanées (glandes sudoripares principalement). Il en fit une maladie de la peau autonome, spécifique, microbienne, irritant secondairement les glandes.

Dans ce groupe sont inclus les anciens eczémas circinés (de la région présternale) de Wilson, Besnier, et la plus grande partie des séborrhées (surtout du cuir chevelu), notamment la séborrhée sèche, le pityriasis alba simplex. Unna y a adjoint toute une série de manifestations considérées jadis comme eczémateuses, ou même non classées. On peut lui reprocher d'avoir donné au groupe qu'il constituait une extension exagérée (il y ferait rentrer certaines formes de psoriasis) ; des travaux de révision récents ont ébranlé quelque peu la solidité de la conception d'Unna (Audry, Brocq, Tœrœk). La question de l'eczéma séborrhéique est donc à l'étude, et loin d'être résolue.

La phase première de l'eczéma séborrhéique, c'est la *sé-*

borrhée sèche du cuir chevelu qui a été longuement décrite au début de ce volume et sur laquelle nous n'avons pas à revenir : c'est en quelque sorte la période préparatoire, l'avant-stade.

Quand l'eczéma séborrhéique se constitue, il se produit sur le cuir chevelu de petites plaques circinées, rosées ou d'un jaune rougeâtre, recouvertes de croûtes et de squames remarquablement grasses ; le suintement est rare. Cette lésion s'accompagne de vives démangeaisons, et les cheveux tombent peu à peu. De là, comme on l'a vu plus haut, la maladie gagne les oreilles, puis le cou. L'eczéma séborrhéique se généralise rarement à tout le corps ; habituellement, dans sa marche descendante, il se limite à des territoires de prédilection, dont nous nous occuperons.

Unna a distingué des types éruptifs divers :

Dans le plus simple, l'éruption est formée de taches arrondies ou polycycliques, de coloration jaunâtre, d'aspect gras, présentant souvent à leur surface des squames minces, grasses : cette forme se voit surtout au visage (pourtour de la bouche, plis naso-jugaux).

D'autres fois, la peau est à peine teintée, les taches sont peu visibles, recouvertes de squames farineuses (c'est le *pityriasis simplex* des anciens auteurs) : cette forme peut occuper le cuir chevelu, la face, le cou, les membres.

Dans le *type circonscrit* de Unna, il s'agit de taches arrondies, en forme de cercles complets ou incomplets, du diamètre d'une lentille, jaunâtres au centre, plus rouges à la périphérie ; les bords, bien limités, présentent par places de petites élevures papuleuses. Ce type éruptif, fréquent à la région sternale et à la région interscapulaire, est l'ancien *eczéma sec circiné*.

On trouve, aux mêmes sièges, le *type pétaloïde*, où les éléments sont groupés en dessins polycycliques.

Dans le type *nummulaire* les taches, toujours rondes, sont larges d'1 à 2 centimètres, jaunâtres à leur centre, qui présente des squames, des croûtes grasses ; le bord est rouge, et s'étend progressivement. C'est la forme habituellement observée sur la lisière du cuir chevelu, aux aisselles, etc.

Dans leur progression serpigineuse, il est habituel de voir les taches précédentes se réunir à d'autres voisines pour former de grands placards, rosés ou incolores même, recouverts de squames et de croûtes grasses. Il n'y a jamais ni vésicules, ni suintement.

Marche. — L'eczéma séborrhéique débute par le cuir chevelu, comme nous l'avons déjà dit : il est précédé plus ou moins longtemps d'un stade de séborrhée sèche ou croûteuse. Puis les lésions gagnent la lisière des cheveux, les oreilles.

Les localisations à la face, ou au tronc, ou aux membres se font dans un ordre variable, impossible à préciser.

Les poussées traitées guérissent habituellement en quelques semaines ; mais elles récidivent en règle générale.

Localisations principales : *cuir chevelu* : nous avons décrit plus haut les lésions de ce siège.

Face : les lésions ont des caractères analogues ; Unna décrit, chez des sujets âgés, peu soigneux de leur peau, une forme caractérisée par la formation sur une peau normale ou humide de croûtes grasses au niveau du nez ou des joues. C'est absolument analogue à la séborrhée concrète.

Bord libre des lèvres : Croûtes et squames, avec fissures.

Aisselles : plaques bistrées au centre, rouges sur les bords, légèrement squameuses, très démangeantes, à extension serpigineuse.

Thorax (région sternale, partie médiane de la région interscapulaire) : type de l'eczéma circiné.

Paume des mains, plante des pieds : petites plaques à squames grasses.

Anatomie pathologique : Unna y décrit les lésions épidermiques dont nous avons parlé à propos de l'eczéma, sous les noms de parakératose et d'acanthose. On trouve de la prolifération épithéliale des glandes, de la graisse accumulée dans les fentes lymphatiques du derme et autour des vaisseaux du corps papillaire. D'après Unna, cette graisse ne peut provenir exclusivement des glandes sébacées, puisqu'on la rencontre dans l'eczéma séborrhéique de la paume des mains et de la plante des pieds, régions où il n'existe pas de glandes sébacées.

Unna a décrit deux espèces de microbes dont nous avons déjà parlé antérieurement : le bacille-bouteille (Voir : Séborrhée) et le morocoque (Voir : Eczéma) ; leur rôle pathogénique n'est rien moins qu'établi.

Etiologie : L'eczéma séborrhéique est de tous les âges, il s'observe chez le nouveau-né comme chez le vieillard,

mais de préférence vers 25 à 30 ans. Il est en rapport souvent avec des troubles dyspeptiques accompagnés de fermentations, de constipation, avec des troubles menstruels. A noter l'importance de causes locales dans la forme circinée thoracique : port de flanelle, de tricots (*eczéma flanellaire*).

D'après Unna, il pourrait être contagieux ; Perrin aurait observé quelques cas de contagion d'eczéma séborrhéique des régions inguinales.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'eczéma séborrhéique est en général facile.

Dans la forme circinée, on ne le confondra pas avec le pityriasis rosé de Gibert, dont l'évolution est rapide et qui, siégeant à la partie supérieure du tronc, se caractérise par des médaillons au niveau desquels l'épiderme est plissé. Néanmoins Unna en ferait volontiers une variété d'eczéma séborrhéique.

Le pityriasis versicolor se reconnaîtra d'emblée au signe du *copeau*. La tricophytie circinée ne prêtera pas non plus à confusion. Certaines syphilides séborrhéiques du visage, du sillon naso-génien pourraient en imposer parfois.

Dans les formes squameuses, le diagnostic avec l'eczéma ordinaire sera en général facile (suintement habituel, pas de croûtes grasses). Le psoriasis sera différencié dans les cas ordinaires par ses foyers d'élection, le caractère plâtreux des squames, les gouttelettes sanguines apparaissant après grattage du revêtement corné : il sera parfois très difficile de distinguer un psoriasis à croûtes grasses chez un séborrhéique d'avec certaines formes très squameuses d'eczéma séborrhéique.

Nature. — Rien n'est encore définitif dans les opinions qu'on a actuellement de la nature de cette affection ; si pour certains auteurs, ce n'est qu'un eczéma modifié par le terrain séborrhéique sur lequel il a germé, les autres sont divisés d'opinion ; Audry n'y voit ni un eczéma, ni une affection des glandes sébacées; Brocq en fait des *séborrhéides* à types multiples (circiné, pityriasique, acnéiforme, psoriasiforme); tout récemment Tœrœk envisageait quelques cas comme une forme atténuée de psoriasis. On voit que le champ reste ouvert aux hypothèses et aux recherches.

Traitement. — Savonner les plaques avec du savon ordi-

naire ou du savon mou; les croûtes détachées, employer les préparations soufrées (pommade soufrée au 30e, additionnée ou non d'oxyde de zinc), de préférence aux préparations cadiques. Dans la forme à siège thoracique, faire interposer de la toile entre la flanelle et la peau.]

E. Prurigos et Prurits. — Troubles de sensibilité de la peau.

A. Prurigo. — Le **Prurigo** (Pl. XXIX) est une affection remarquable par son évolution chronique, ses récidives, et dans certains cas sa durée indéfinie qui peut se prolonger autant que la vie. Il est moins caractérisé par ses propres manifestations pathologiques que par les accidents consécutifs qu'il détermine à la peau.

Le prurigo débute dans l'enfance, au cours de la première, de la seconde année, sous forme d'une urticaire très prurigineuse : les élevures ortiées, les conséquences du grattage guérissent par des bains, des soins appropriés, mais pour se reproduire bientôt; avec la répétition de ces élevures se développent de petites papules, du volume d'une tête d'épingle, pâles, rougeâtres, aussi prurigineuses que les élevures ortiées, en sorte qu'on les voit souvent excoriées par le grattage, et recouvertes de croûtes sanguines. Le siège principal de l'éruption est la face externe de la jambe et de la cuisse, la région sacrée, le siège, la face postéreure des bras et avant-bras. Les papules prurigineuses sont à peine surélevées, mais font saillie davantage lorsqu'on vient de frotter la peau. Lorsqu'on les gratte, elles s'affaissent, mais leur présence antérieure est affirmée par une croutelle sanguinolente; quand celle-ci disparaît à son tour, elle laisse à sa place une cicatrice blanchâtre. La peau des genoux, des aines, des coudes, de la face reste généralement indemne; elle demeure lisse, blanche, moite, sauf le cas où elle est atteinte de lésions eczémateuses qui ne sont pas rares dans les cas sérieux.

C'est là un degré de prurigo léger, sans troubles subjectifs très marqués, sans suites importantes; il peut rester longtemps stationnaire chez les malades qui prennent des bains, soignent leur peau, vivent d'une hygiène favorable; il peut

même guérir dans ces conditions. Ces éruptions peuvent rester localisées aux cuisses et aux jambes, et n'apparaître que pour un temps très court, surtout pendant l'hiver. Ces formes constituent le *prurigo mitis*, à distinguer du *prurigo ferox;* dans cette dernière variété particulièrement pénible pour le malade, les éruptions de papules prurigineuses sont si nombreuses et le prurit est si violent, que les patients ne cessent de se frotter et de se gratter ; la peau est par là couverte de croûtes sanguines, rondes ou allongées, desséchées, brunâtres, entourées dans les cas récents d'une auréole rouge, parfois suppurante. Çà et là, on trouve des cicatrices récentes, rougeâtres, ou plus anciennes et blanchâtres. La peau est plus ou moins teintée en brun par le pigment sanguin altéré ; elle est sèche, rude au toucher, ne se laissant pas plisser. Les poils sont lanugineux ; dans les cas sérieux, ils peuvent disparaître, ou être arrachés par le grattage. La région des genoux est en particulier recouverte d'une peau épaissie, avec de grands plis. Les érosions cutanées, les blessures faites par les ongles amènent, par inoculations infectieuses, de l'inflammation chronique des ganglions lymphatiques : souvent les ganglions cruraux, inguinaux, axillaires arrivent à former des tuméfactions du volume d'une noisette à celui du poing.

Les malades sont tourmentés jour et nuit par un prurit intense ; ils pâlissent, s'anémient ; l'aspect sale de leur peau les fait prendre pour des galeux qu'on évite (Kaposi).

Cette affection prédispose à l'eczéma, qui peut se développer sur des territoires cutanés respectés par le prurigo, affecter les membres, le visage. Il n'est pas rare de voir des pustules d'ecthyma accompagner le prurigo au niveau des extrémités.

Diagnostic du prurigo. — En dehors des cas où le prurigo est masqué par l'eczéma ou la gale, le diagnostic est facile : il suffit de bien analyser les symptômes, les localisations électives, les manifestations satellites ; il n'est difficile qu'au stade de début, chez les enfants qui n'ont encore que des éruptions urticariennes.

Etiologie. — Il faut évidemment admettre une prédisposition héréditaire, puisque l'expérience nous montre que la maladie frappe souvent plusieurs enfants d'une même famille.

Traitement. — Les malades atteints de cette affection sont en général des individus affaiblis, à développement tardif, à nutrition languissante : aussi faut-il tout d'abord relever leur état général, les alimenter convenablement. Comme médicaments *internes*, on prescrira, si l'on veut, des pilules d'acide phénique, de menthol (mais c'est généralement inefficace); on recommandera l'huile de foie de morue pure ou additionnée d'iode (iode pur 0,10, huile de foie de morue 100), ou le phosphore (phosphore pur 0,01, huile de foie de morue 30, gomme arabique et sucre blanc, de chaque 15, eau distillée 40).

Comme médicaments *externes*, nous plaçons en première ligne le goudron, avec les divers procédés d'application que nous avons déjà signalés, puis le soufre (pommade soufrée, solution Vlemingkx), l'onguent de Wilkinson en séries de 10 à 12 frictions, le naphtol β (pommade à 5 0/0, en séries de 4 frictions suivies d'un bain chacune).

On pourra prescrire encore des cures de transpiration (bains chauds suivis d'enveloppement, injections sous-cutanées de 0,01 de pilocarpine, infusions de feuilles de jarobandi : 4 pour 100) ; les bains sulfureux, les bains salés sont parfois employés avec succès.

Murray, Hatschek recommandent le massage de la peau, sous lequel le prurit notamment cèderait très vite.

B. Troubles de sensibilité de la peau. — Nous avons eu l'occasion de mentionner, au cours des précédents chapitres, les dermatoses qui relèvent de l'irritation des nerfs : ces affections multiples sont de véritables *Trophonévroses*. Dans ces temps derniers, quelques auteurs ont émis l'idée de rapporter à des troubles nerveux les modifications pathologiques généralisées de la peau. En fin de compte, un rôle capital est évidemment joué dans tous ces processus par le système nerveux, notamment par les nerfs vaso-moteurs et les nerfs sympathiques qui règlent les conditions de nutrition de la peau. Mais, comme nous voyons en somme, dans beaucoup de ces processus, le tableau clinique conditionné par des manifestations pathologiques plus apparentes que les influences nerveuses encore ignorées, il faut laisser à l'avenir le soin de déterminer quelle est dans tous ces cas la nature de la perturbation nerveuse.

Nous allons parler maintenant, et très brièvement, après l'étude que nous avons faite des dermatoses prurigineuses,

des troubles de sensibilité purs de la peau, caractérisés par l'augmentation ou la diminution de sa sensibilité, et apparaissant en dehors de toute intervention causale extérieure, et sans altération primitive du revêtement cutané.

I. ***Prurit.*** — L'accroissement de la sensibilité cutanée se caractérise par le *prurit* qui est ou *généralisé* ou *localisé*.

a) Prurit généralisé. — Les malades éprouvent une perpétuelle sensation de chatouillement au niveau de la peau, et parviennent à un tel état d'énervement qu'ils ne cessent de se frotter, de se gratter, jusqu'à ce que la peau ait suffisamment rougi ou saigné légèrement sous les excoriations du grattage. Bientôt, la démangeaison fait place à une sensation de brûlure continuelle, qui affaiblit et fatigue les malades : c'est généralement vers le soir, au déshabiller, et la nuit que ces sensations sont le plus marquées, empêchant le sommeil. La peau présente une rougeur diffuse, et est semée de petites élevures urticariennes disséminées parmi les excoriations de grattage que recouvrent des croûtes saignantes; elle est rarement humide, toujours sèche, prend après un certain temps d'évolution de l'affection une coloration brune ; la sécrétion sudorale ne persiste que sur les surfaces d'extension des membres. Chez les sujets jeunes existent des troubles digestifs ; chez la femme, des troubles de la sphère génitale accompagnent cette triste maladie.

On a signalé des affections cérébrales comme une des causes de ce prurit.

Le *prurit sénile* est une forme particulièrement grave, qui tourmente les malades jusqu'à la fin de leur existence. Les autres variétés de prurit généralisé sont généralement curables.

Le **diagnostic** du prurit n'est pas toujours facile à établir d'emblée : il faut éliminer avec soin les dermatoses prurigineuses et celles qui relèvent de la présence des parasites.

Traitement. — La thérapeutique doit viser avant tout les états organiques qui, nous le savons, peuvent déterminer le prurit : *diabète, rhumatisme, affections gastro-intestinales, maladies du foie*, de l'*appareil génital* chez la femme. Chaque fois qu'il sera possible d'attribuer le prurit

à l'une quelconque de ces causes, il faudra la combattre activement.

Les médicaments préconisés contre le prurit, pour l'usage tant interne qu'externe, sont très nombreux : nommons, parmi les agents *internes*, le salicylate de soude, l'atropine, la quinine, la pilocarpine, la teinture de gelsémium; comme agents *externes*, on a recommandé les bains, les douches, les enveloppements; dans certains cas, l'eau réussit à température basse, d'autres fois très chaude. En badigeonnages ou en onctions, on a employé l'acide phénique, l'acide salicylique, l'ichthyol, le naphtol, le goudron, l'hydrate de chloral, le camphre, le menthol, le thymol, etc.

Parmi les formules usitées, recommandons par exemple :

Acide phénique.	4
Vinaigre aromatique. . .	200

2 cuillerées à soupe dans un litre d'eau chaude, pour lotions chaque jour.

Après séchage, poudrer avec le mélange :

Salicylate de bismuth . .	20
Amidon	80

On peut encore utiliser les formules suivantes :

Bichlorure de mercure . .	0,03
Chlorhydrate d'ammoniaque	0,12
Acide phénique.	4
Glycérine.	60
Eau de roses.	120

en badigeonnage matin et soir,

ou bien :

Hydrate de chloral	ãa
Camphre	
Acide phénique .	
Glycérine. . . .	

b) Prurit localisé. — La forme de prurit localisé la plus fréquente est le *prurit génital*. Chez la femme, la région vulvaire est souvent le siège de vives démangeaisons : les irritations mécaniques consécutives déterminent de l'épaississement hypertrophique de la peau à ce niveau et une inflammation catarrhale de la muqueuse voisine. Chez

l'homme, la même affection n'est pas rare avec l'âge; le prurit occupe le scrotum, le périnée, et détermine bientôt sur ces régions de l'eczéma et des altérations secondaires de la peau. L'orifice uréthral, la marge de l'anus sont parfois affectés simultanément.

Le *prurit anal* est souvent compliqué de maladies diverses du rectum : rhagades, hypertrophie des plis, etc.

Ces diverses formes de prurits localisés sont fréquemment en rapport avec des affections locales (hémorrhoïdes, oxyures vermiculaires, rhagades, endométrite, déviations utérines).

Le traitement des prurits localisés se confond avec celui du prurit généralisé.

II. ***Anesthésie de la peau.*** — La diminution de sensibilité de la peau est l'*anesthésie;* elle relève de troubles dans le fonctionnement des nerfs ou du système nerveux central, et a, selon les cas, une topographie d'extension variable. Il faut distinguer la diminution de sensibilité à la température et au tact On observe, dans la *lèpre anesthésique*, une disparition totale de la sensibilité sur des territoires plus ou moins étendus.

Note additionnelle.

[Il n'est peut-être point de groupe dermatologique, qui ait subi autant que celui des **prurigos** de fluctuations dans le cours de ce siècle. Depuis Willan, il était admis qu'il existait *trois* groupes de dermatoses *prurigineuses*, à type éruptif *papuleux* : le lichen, le strophulus, le prurigo. Le *genre prurigo* lui-même se subdivisait en *prurigo mitis*, *prurigo formicans, prurigo senilis*, plus un certain nombre d'autres *prurigos accessoires*.

Avec Hebra, s'accomplit une véritable dissociation du genre prurigo : le grand dermatologiste viennois ne garde dans le genre prurigo que le type clinique isolé par lui et désigné aujourd'hui avec Besnier sous le nom de *prurigo de Hebra*. Le prurigo senilis, les prurigos accessoires de Willan deviennent des *prurits cutanés* (prurit sénile, etc.), affections prurigineuses sans lésions objectives, véritables névroses cutanées, tandis que les autres dermatoses prurigineuses et papuleuses (strophulus, lichen) étaient réparties dans divers groupes dermatologiques, notamment dans les eczémas.

En France, pendant ce temps, on conservait le nom de *prurigo* aux dermatoses caractérisées par du *prurit*, et, au point de vue du type éruptif, par des *papules*, surmontées à leur début d'une *vésicule*, et plus tard d'une *croûtelle sanguine ;* il y avait des *prurigos de cause interne* et des *prurigos de cause externe* (pédiculaire, acarien).

Avec Vidal, le travail de reconstitution du groupe des dermatoses prurigineuses fut repris ; il en fit des *lichens*.

Besnier, Brocq, Tommasoli, Touton ont successivement remanié la question dans ces dernières années. En 1896 (*Congrès de dermatologie, Londres*) Besnier, dans un remarquable mémoire, conclut « que l'ordre des papules établi par Willan, et qui réunit les strophulus, lichen, prurigo, constitue un groupe dermatologique naturel et normal, auquel convient la dénomination de *groupe des prurigos* ». Il montre que « dans aucun prurigo, ni à son début, ni dans son cours entier, il n'y a de lésion cutanée unique ; les processus érythémateux et ortié font partie intégrante du prurigo de Hebra le plus incontestable ; la papule séreuse, donnée comme caractéristique du prurigo, n'a rien de spécifique, ni histologiquement, ni bactériologiquement, et ne peut suffire à limiter un groupe de dermatoses. » A côté du prurigo type de Hebra, il faut placer toute une série de dermatoses prurigineuses, à lésions éruptives non seulement papuleuses, mais multiformes (érythémateuses, ortiées, eczématiformes, lichénoïdes), qui constituent, avec le prurigo de Hebra, un groupe de *prurigos d'origine interne*, « liés à des conditions individuelles de tissus et d'organes, provoquées ou entretenues par un mode de nutrition anormal chez des individus prédisposés : *prurigos diathésiques* ». Dans ce groupe rentrent le *strophulus* ou *prurigo simplex aigu*, le *lichen simplex chronique circonscrit de Vidal* (*eczéma lichénoïde de Hebra*) ou *prurigo simplex chronique*, le *prurigo type de Hebra* (*lichen polymorphe ferox de Vidal*).

Quant aux *prurits* de Hebra, il est impossible de les considérer aujourd'hui comme de pures névroses cutanées : le plus typique de ces prurits, le *prurit sénile* est accompagné de lésions histologiques de la peau, de scléroses artérielles, d'insuffisance urinaire ; Brocq lui-même, tout en en faisant une *névrodermie*, le rapproche des prurigos diathésiques.

Pour les autres prurits, *prurits toxiques*, *prurits saisonniers*, Besnier admet de même qu'il ne s'agit pas de purs

troubles névrosiques ; pathogéniquement il les interprète de la même manière que les prurigos diathésiques, et montre que toutes ces affections prurigineuses sont conditionnées, avant toute chose, par une adultération humorale du milieu sanguin ou lymphatique, par une *intoxication*, soit *exogène* (intoxication médicamenteuse, intoxication par injection de sérums d'origine microbienne, venin des sarcoptes dans le prurigo parasitaire de la gale), soit *endogène* (auto-intoxications diverses : de la cholémie, de la glycémie, des urémies, de la grossesse, des fermentations digestives, de la sénilité, etc.). Les dermatoses rejetées par Hebra dans les prurits sont des *prurigos*.

Enfin, Besnier insiste encore sur ce point, que la lésion éruptive attribuée en propre au prurigo, la *papule* ne serait pas la cause du symptôme prurit, mais qu'au contraire, selon le dire de Jacquet, c'est le prurit qui est éruptif. Entre le prurit et l'éruption cutanée, il y a un facteur intermédiaire de première importance, le *grattage*, et aussi toutes les *actions extérieures* sur la peau (air, température, pression des vêtements), en somme une variété quelconque de trauma ; il rappelle les expériences de Jacquet, qui, après avoir injecté à un chien du liquide caustique dans les deux sciatiques, et avoir ensuite fait un enveloppement ouaté d'un des membres postérieurs, n'observa de lésion cutanée que sur la patte non protégée par l'enveloppement ; d'autre part, chez un malade atteint de prurigo typique généralisé il vit qu'un des membres complètement entouré d'ouate et ne pouvant par conséquent être gratté, ne présentait aucune trace de papules, malgré la persistance d'un vif prurit, alors que les autres régions du corps en étaient couvertes.

Dans la conception de Besnier, acceptée aujourd'hui par la majorité des auteurs français, il y aurait donc lieu d'étudier sous le nom de *prurigos* les variétés suivantes :

I. — PRURIGOS DIATHÉSIQUES

Prurigo simplex (lichen simplex chronique circonscrit, lichen simplex aigu, strophulus) ; — prurigo type Hebra ; — prurigo type Besnier.

II. — PRURIGOS TOXIQUES ET AUTO-TOXIQUES

Prurigos toxiques proprement dits ; — prurigo sénile ; — prurigo hiemalis ; — prurigo parasitaire (gale).

Quant au *prurit*, c'est un pur symptôme fonctionnel, qui ne veut pas dire autre chose que démangeaison, et ne peut servir à dénommer un groupe autonome de maladies. Il relève d'ailleurs de causes très diverses et nombreuses, que l'on peut classer de la manière suivante :

I. — PRURIT DANS LES DERMATOSES

Gale, phtiriase, lichens, prurigos, urticaires, eczémas, dermatite herpétiforme.

II. — PRURIT NÉVROPATHIQUE

Hystérie, neurasthénie.

III. — PRURIT PAR IRRITATION LOCALE

Prurits localisés par leucorrhée, hémorrhoïdes, oxyures, fissures anales, fermentation d'urine glycosurique.

Revenons sur quelques variétés de *prurigos* que l'auteur n'a pas mentionnées, sa description se rapportant presque exclusivement au type prurigo de Hebra.

Strophulus. — C'est une affection de la première enfance, survenant surtout au moment des éruptions dentaires (*feux de dents*), et vraisemblablement en rapport avec les fermentations digestives d'une alimentation mal réglée, trop copieuse ou de mauvaise qualité.

L'éruption a au début le caractère de petites plaques d'urticaire, bientôt centrées par une vésicule claire, dont la rupture fait place à une croûtelle brunâtre. En quelques jours, chaque élément aboutit à une simple macule, qui disparaît elle-même sans laisser de traces.

Chaque nuit, il se fait une poussée de nouveaux éléments, et cela dure une ou plusieurs semaines. De là une éruption d'aspect varié, prédominante à la face externe des membres, sur le dos.

L'attaque calmée se répète habituellement après quelques semaines, et la maladie ne prend fin qu'après plusieurs mois.

Quelques auteurs en font une forme atténuée du prurigo type de Hebra.

Prurigo simplex chronique (*Lichen simplex chronique circonscrit de Cazenave-Vidal, névrodermite chronique circonscrite de Brocq, eczéma lichénoïde des auteurs allemands*). — Affection de l'âge adulte, plus fréquente chez

la femme, atteignant les arthritiques nerveux, et apparaissant souvent après un choc moral ; Brocq a incriminé de plus l'usage excessif du café.

Caractérisée par l'éruption de petites papules, lisses, dures, d'un rouge brunâtre, qui se réunissent habituellement en placards irréguliers, parfois allongés sur le trajet d'un nerf (Brocq), où elles se tassent en donnant à la peau un aspect quadrillé.

La maladie s'accompagne d'un prurit intense à recrudescence nocturne, le grattage excorie plus ou moins les placards.

Elle siège surtout à la nuque, aux lombes, aux fesses, aux plis articulaires, aux cuisses.

Chaque poussée dure plusieurs mois, guérit lentement sans laisser de cicatrice, mais récidive le plus souvent après un temps variable.

Il y a souvent des altérations d'eczématisation secondaire consécutives au grattage (rougeur et suintement de la peau).

Traitement. — Pommades à l'oxyde de zinc mentholé, glycérolé tartrique (acide tartrique 1, amidon 40), pâte de zinc suivant la formule :

Menthol	1
Oxyde de zinc. . . }	ãã 25
Amidon . . . . . }	
Vaseline.	50

On emploiera encore avec succès des emplâtres à l'oxyde de zinc, à l'huile de foie de morue, des colles gélatineuses à l'oxyde de zinc (Pick, Unna), suivant la formule :

Gélatine	150	
Grénétine	100	
Gomme arabique . .	5	(Thibierge et Milliet).
Glycérine . . . }	ãã 300	
Eau bouillie. . . }		
Oxyde de zinc. . .	100	
Phénosalyl	2	

liquéfier au bain-marie, appliquer ensuite avec un pinceau sur les placards malades qu'on tamponnera légèrement avec de l'ouate hydrophile. Ne renouveler l'application que tous les 5 à 6 jours.

Dans les cas rebelles, il faudra recourir à l'emploi de pommades actives, telles que pommade pyrogallique ou chrysophanique, pommade au goudron, huile de cade.

Prurigo type Hebra (*Lichen polymorphe ferox de Vidal*). — C'est la forme qui a été décrite par Mracek à l'article prurigo. Nous noterons seulement que certains auteurs plus heureux que Hebra, Kaposi, ont vu cette affection guérir vers l'âge adulte (Besnier, Ehlers).

Prurigos type Besnier. — Débutent à tout âge; plus fréquents chez la femme, et surtout chez les sujets névropathiques, ils apparaissent habituellement après une émotion, une tension cérébrale prolongée.

Le prurit est généralement le phénomène primitif d'après Besnier, le malade se gratte, et les éruptions apparaissent secondairement ; elles sont d'abord papuleuses ou papulo-vésiculeuses, puis font place à des éléments polymorphes (croûtelles sanguines, placards eczémateux, plaques squameuses) mélangés et associés à des excoriations de grattage.

La maladie marche par poussées qui reviennent à intervalles absolument irréguliers (ce qui la différencie du type Hebra) et guérit souvent après quelques années d'évolution.

Le **traitement** comporte un régime alimentaire doux, la vie calme et reposante ; l'hydrothérapie (douches à 37° une ou même deux fois par jour) sera des plus utiles ; on a vanté l'électricité statique. Comme pansements, si la peau n'est pas trop excoriée, recourir aux emplâtres ou aux colles de zinc.

Prurigos toxiques. — Ils n'ont pas d'évolution clinique fixe, et varient dans leur intensité et leur marche avec l'importance et la nature de l'intoxication dont ils relèvent.

Les uns sont d'origine alimentaire (alcool, thé, café), ou médicamenteuse (morphine, et surtout cocaïne). D'autres sont le résultat d'auto-intoxications : tels le *prurigo des diabétiques*, le *prurigo des ictériques* (qui a été attribué à l'irritation des papilles nerveuses de la peau par les acides biliaires retenus dans le sang), *le prurigo des urémiques* (c'est un des petits signes du brightisme, de l'insuffisance urinaire), le *prurigo de l'adénie*.

Prurigo sénile. — Affection caractérisée par un prurit pro-

gressif, à maximum vespéral, empêchant souvent le sommeil, qui provoque des grattages furieux, au point que les ongles des mains des malades deviennent polis. Au point de vue éruptif, les papules sont rares, mais la peau est souvent rugueuse et pigmentée. C'est un prurigo auto-toxique par insuffisance urinaire chez des névropathes ayant dépassé la soixantaine.

Les lotions anti-prurigineuses (solutions d'acides végétaux, d'eau de Cologne, d'eau de laurier-cerise, de chloral, d'acide phénique, de résorcine), les pommades, pâtes, gélatines et colles à base d'oxyde de zinc ont peu d'influence sur cette pénible et tenace affection ; le régime lacté, associé aux douches tièdes, aux médicaments nervins (antipyrine, préparations de valériane) a donné parfois de bons résultats.

Prurigo d'hiver (Dühring). — Il apparaît à l'automne, dure tout l'hiver, et ne se calme qu'au printemps ; limitée à la face antérieure de la cuisse et à la face externe de la jambe, l'affection consiste en accès vespéraux de démangeaisons, accompagnés d'éruption de papules disséminées, de lésions de grattage. Il récidive en général chaque année et survient habituellement après 40 ans chez des arthritiques nerveux ; le froid n'est qu'une cause occasionnelle. — On a décrit un *prurigo d'été*.]

VI. ANOMALIES DE L'EPIDERME.

A. HYPERTROPHIES ÉPIDERMIQUES (*Hyperkératoses*)

L'épiderme s'hypertrophie souvent, et alors ou bien il tombe en squames ou en lamelles plus grandes, ou bien les cellules cornées néo-formées persistent sur place, en formant des callosités, des plaques cornées, ou des élevures en forme de tiges, de cornes.

I. Durillons. Callosités.

(HYPERKÉRATOSE TRAUMATIQUE).

Les *callosités* ou *durillons* (*Tylomes*) sont des épaississements cornés des couches superficielles de l'épiderme, qui peuvent atteindre plusieurs millimètres d'épaisseur; la forme de la callosité varie avec la cause, avec la pression prolongée qui a déterminé l'hypertrophie cornée de l'épiderme. La sensibilité disparaît au niveau des durillons. Quand la pression se prolonge, il peut se faire au-dessous des callosités des inflammations douloureuses du chorion ; le durillon est parfois soulevé par une exsudation séreuse, quelquefois hémorrhagique. Dans les callosités étendues, comme dans celles qui se produisent au niveau des surfaces d'extension des phalanges, il se forme souvent des rhagades douloureuses (Planche XL).

[Le durillon résulte de pressions prolongées sur la peau au niveau d'une saillie osseuse; aussi siège-t-il surtout à la plante du pied, au talon ; à la paume des mains s'observent les callosités professionnelles déterminées par la pression répétée des outils ou instruments de travail.

Le *durillon forcé* est un durillon compliqué d'inflammation, parfois d'abcès, d'une bourse séreuse développée au-dessous du durillon corné.

Le durillon disparaît spontanément quand la cause qui l'a produit cesse elle-même d'exercer son action. On peut le combattre par des applications caustiques (acide nitrique) répétées.]

II. Cors. Œils de perdrix

(HYPERKÉRATOSES TRAUMATIQUES).

Le *cor* est une callosité en forme de corne, caractérisée par une racine en forme de cône qui s'enfonce dans la couche muqueuse; la racine consiste en cellules cornées superposées en couches concentriques, au niveau d'un conduit des glandes sudoripares; son enfoncement dans la couche muqueuse fait disparaître les papilles.

[Le cor siège surtout sur les faces latérales des orteils (face externe du 5ᵉ), mais il peut occuper toutes les saillies osseuses du pied et même la plante sous la tête des 1ᵉʳ et 2ᵉ métatarsiens ; il résulte de la pression de chaussures étroites. A l'inverse du durillon, il est douloureux à la pression, et souvent spontanément (humidité, changement de temps). *L'œil de perdrix* est un corps siégeant dans l'espace interdigital des orteils.

Le traitement consiste en applications kératolytiques (collodion salicylique au 10ᵉ, emplâtre salicylique, teinture d'iode et emplâtre diachylon) ; après quelques jours de ces applications, prendre un long bain de pieds au sortir duquel on pourra ruginer le cor et souvent extirper sa racine.]

III. Ichthyose.

(HYPERKÉRATOSE DIFFUSE).

L'*ichthyose* est une affection de l'épiderme, relevant d'une disposition héréditaire, qui se développe de bonne heure dans l'enfance, surtout au cours de la deuxième année. Selon l'aspect du processus épidermique, on peut distinguer plusieurs degrés de cette maladie :

Ichthyose simple. — Atteint surtout la face d'extension des membres, et aussi le tronc. La peau est rude, couverte de squames épidermiques adhérentes, sous lesquelles sont des poils follets. Cette affection ne détermine aucun trouble fonctionnel.

On distingue des ichthyoses *alba* et *nigricans*, selon la couleur des squames.

Ichthyose serpentine. — Degré plus élevé de la maladie, cette variété se caractérise par la présence de squames cornées, formant une véritable carapace, d'un brun sale ; la maladie occupe le tronc, les membres ; au niveau des coudes et des genoux l'épiderme est verruqueux. La peau du visage est sèche, squameuse, grisâtre ; le cuir chevelu desquame en écailles furfuracées (Planche XXXIX). [Les cheveux, ainsi que les ongles, sont secs, cassants.]

Ichthyose cornée ou hystrix. — C'est la forme d'ichthyose la plus accentuée ; ici l'épiderme malade forme des

placards polyédriques, ou de véritables tiges, pointes, épines (comme celles du porc-épic) ; il semble avoir une texture stratifiée et fibreuse. On rencontre un grand nombre de papilles fortement hypertrophiées.

Les productions cornées, comme aussi le reste de la peau, présentent une coloration sombre, si bien que les malades offrent un aspect bizarre : telle était la famille Lambert (le père et deux fils) qui, au siècle dernier, étaient montrés comme des « hommes porcs-épics. »

Lorsqu'on examine au microscope les saillies cornées, on voit à leur base des enfoncements coniques d'épiderme corné qui descendent jusqu'aux papilles, et pénètrent aussi dans les conduits élargis des follicules pilo-sébacés ; [les conduits sudoripares sont au contraire indemnes].

Les degrés élevés d'ichthyose peuvent exposer le malade à des atteintes de l'état général, en raison du renouvellement incessant des squames (*véritable mue*) et de la sécheresse permanente de la peau qui la prédispose à des maladies ultérieures.

La maladie est incurable ; sa transmission héréditaire peut faire renoncer au mariage les sujets qui en sont porteurs.

Traitement. — On provoque l'enlèvement des masses cornées par des onctions grasses avec l'onguent de Wilkinson, des pommades au naphtol β, au goudron, à l'acide salicylique, à la résorcine ; on y associe des bains fréquents, des applications humides. [Nous recommandons les bains longs, accompagnés de frictions au savon additionné de pierre ponce, qu'on fera suivre d'onctions au glycérolé d'amidon ou à la glycérine.]

Quand la peau a été de la sorte suffisamment assouplie, on continue le traitement par des bains d'amidon, des onctions de graisses ou de glycérine, des bains de vapeur.

Les excroissances papillomateuses de l'ichthyose hystrix sont détruites chirurgicalement ou par l'application de caustiques.

Le traitement interne nous a semblé jusqu'ici complètement inutile. [L'huile de foie de morue est souvent recommandable pour les malades jeunes et souvent malingres.]

Note additionnelle.

[Nous devons dire ici quelques mots d'une affection dési-

gnée sous les noms d'**Ichthyose fœtale,** non héréditaire, ni familiale comme l'ichthyose. Elle se caractérise par un épaississement et une induration diffuse de la peau, qui est recouverte de productions épidermiques plus ou moins épaisses.

Des fissures profondes sillonnent la surface cutanée ; la bouche reste ouverte, ainsi que les paupières à travers lesquelles fait comme hernie le globe oculaire. L'enfant ne peut téter et meurt rapidement d'inanition.

Hallopeau, Thibierge, Darier ont signalé des cas plus bénins, qui permettent la survie et passent à un état qui rappelle l'ichthyose serpentine.

Les lésions consistent en une hyperkératose de la couche cornée, qui atrophie toutes les autres couches de l'épiderme, ainsi que les glandes et les follicules.

Il nous faut encore signaler, comme autre *hyperkératose d'origine épidermique*, la **Kératodermie symétrique des extrémités.** Tantôt elle est *secondaire* à une dermatose dont elle est une localisation (eczéma chronique, psoriasis, etc.) ou à une intoxication (*intoxication arsenicale*).

D'autres fois, c'est une affection *primitive*, *essentielle*.

Dans cette dernière variété, Besnier distingue une forme *congénitale et héréditaire*, une forme *à début dans la 2e enfance*, et une forme *à début chez l'adulte* et *à foyers isolés et multiples*.

Cette affection peut occuper les paumes des mains, ou les plantes des pieds, ou les quatre régions simultanément; elle peut se limiter à certains points (talons, éminences thénar ou hypothénar). Elle évolue par poussées, et reste habituellement permanente; elle peut déterminer des démangeaisons et même des douleurs en cas de fissures; elle gêne souvent la marche et les mouvements des mains.]

B. HYPERTROPHIES ÉPIDERMIQUES ET PAPILLAIRES

I. Verrues. — Les verrues sont des excroissances cutanées, plates ou un peu saillantes, dont la surface est rarement lisse, le plus souvent plissée, papilliforme, et qui, indolentes, présentent une coloration blanchâtre ou d'un gris sombre. Elles consistent en allongements considérables des papilles avec hypertrophie de l'épiderme corné. Comme

sièges de prédilection, signalons le dos de la main, le visage, plus rarement le cuir chevelu. On trouve rarement une cause à leur apparition ; dans certains cas, on a pu invoquer une irritation persistante de la peau. Elles guérissent en général spontanément : on les a vues parfois disposées en guirlandes avec guérison seulement du centre de figure. Cette affection n'est qu'une difformité indolente ; irritée ou fissurée, la verrue peut être l'origine de nombreuses infections.

Traitement. — Les râcler avec la cuiller tranchante, et cautériser la base saignante avec un acide (azotique, chromique, acétique). On peut encore les détruire au thermocautère ou par l'électrolyse.

[Les verrues sont auto-inoculables, ce qui explique qu'elles soient habituellement multiples. De plus, elles sont inoculables, comme l'ont démontré Kühnemann, Variot, Payne. On a d'ailleurs décrit des parasites (coccidies de Ducrey et Oro, bacterium porri de Majocchi, bacille de Kühnemann, de Schweninger); mais la démonstration d'un parasite spécifique n'est pas encore faite.

Rappelons qu'on a cité des cas de guérison par le simple usage prolongé de magnésie calcinée à l'intérieur, sans traitement externe. On a signalé aussi des guérisons par suggestion, ce qui permettrait de supposer une influence nerveuse dans la pathogénie des verrues.

La **verrue plane juvénile** (Thin, Darier, Besnier) est une variété spéciale, qui siège sur le visage, le dos des mains, et consiste en petites saillies du volume d'une tète d'épingle, très nombreuses, développées souvent sur des excoriations de grattage.

On les traite par des pommades salicylique ou pyrogallique.]

II. Cornes cutanées. — *La corne cutanée* est une excroissance qui émerge de la surface de la peau, et dont la texture semble feutrée. On voit cette lésion sur le cuir chevelu, le front, le prépuce; elle est plus fréquente chez la femme et à un âge avancé de la vie. Le plus souvent, les cornes sont recourbées ou crochues, plus larges à la base qu'à l'extrémité, d'une coloration jaune sale. Le traitement chirurgical consiste à extirper la corne à sa base.

[Les cornes cutanées sont, d'après Dubreuilh (1896, *Congrès de Londres*) de véritables néoplasies dermo-épidermiques ; il remarque que les cellules épidermiques sont métatypiques et présentent toutes les altérations qu'on observe dans l'épithélioma ; rappelant d'autre part qu'on a publié des cas, où des cornes, irritées ou insuffisamment extirpées, ont infecté les ganglions et déterminé une généralisation, il considère la corne cutanée comme une *hyperkératose précancéreuse* et comme un *épithélioma bénin à forme kératosique ;* il verse dans ce même groupe des hyperkératoses précancéreuses l'*acné sébacée partielle* ou *kératome sénile*, dont il a été parlé au début de cet ouvrage, le *xeroderma pigmentosum* qui sera décrit ultérieurement, la *kératodermie arsenicale* et la *leucokératose* ou *leucoplasie buccolinguale* dont nous voulons dire quelques mots ici.

III. Leucoplasie bucco-linguale (*Psoriasis buccal* de Bazin, *Kératose de la muqueuse buccale* de Kaposi). — Cette affection occupe de préférence la face dorsale de la langue, puis la face interne des joues et des lèvres. Sur le dos de la langue, elle débute sous forme de taches érythémateuses, bientôt blanchâtres, puis grisâtres et nacrées, recouvertes de lamelles épidermiques ; ces plaques finissent par recouvrir de grandes portions de la langue. Tôt ou tard, on observe des fissures, des rhagades sur les parties malades, en même temps qu'on sent le tissu légèrement induré.

Les troubles fonctionnels consistent en gêne de la mastication, de la déglutition, même de la parole ; en cas de fissures, douleurs souvent vives (aliments acides ou épicés) et salivation.

L'affection peut ne pas dépasser ce stade ; trop souvent, on voit sur les plaques leucoplasiques s'élever de petites saillies papillomateuses qui sont le prélude de l'épithélioma ; quand celui-ci se développe à son tour, il prend naissance soit à la langue, soit à la lèvre, au fond d'une fissure ou au niveau d'une saillie verruqueuse.

L'anatomie pathologique, étudiée par Debove, Leloir, Stanziale, a montré que cette affection est une hyperkératose de l'épiderme, qui se transforme ultérieurement en épithélioma trabéculaire. C'est une maladie de l'âge adulte, même de l'âge avancé, plus fréquente chez l'homme, pour laquelle le tabac semble jouer le rôle d'agent provocateur ;

les irritations locales, des traitements mercuriels ou iodurés précipitent la transformation cancéreuse. Le diagnostic est parfois difficile avec les scléroses syphilitiques superficielles, notamment dans les formes dites *glossites nicotico-syphilitiques*.

La leucoplasie est à peu près incurable ; sa dégénérescence épithéliomateuse fréquente montre la sévérité du pronostic.

A la phase précancéreuse, on prescrira une alimentation douce, non irritante ; on interdira le tabac sous toutes les formes, on ordonnera des gargarismes émollients et alcalins. Dès ce moment, Perrin conseille l'intervention chirurgicale et l'ablation large des plaques leucoplasiques.

A la période de dégénérescence, c'est le traitement chirurgical de l'épithélioma.

On a signalé des cas analogues de leucokératose passant à l'épithélioma au niveau de la *muqueuse vulvaire* (Jouin, Besnier, Perrin), de la *muqueuse du gland* (Perrin, Aucher et Binaud).]

IV. Acanthosis nigricans (*Keratosis nigricans* de Kaposi, *Dystrophie papillaire et pigmentaire*.) — Cette maladie, rare d'ailleurs, est caractérisée par deux éléments : exagération de la pigmentation cutanée, développement de saillies papillomateuses. En général, apparaît d'abord la coloration profondément sombre de la peau ; plus tard se manifestent les excroissances papillaires. Les localisations de prédilection sont la nuque, les régions axillaires, mammaires, ombilicales, anales, les plis génito-cruraux, les creux poplités; on a vu dans quelques cas participer la muqueuse de la bouche et de la langue.

Cette affection ne détermine aucun malaise notable. Il est à remarquer que, dans la plupart des cas observés jusqu'ici, on a constaté la coexistence d'un cancer soit de l'estomac, soit de l'utérus, qui souvent tenait la première place dans le tableau clinique. Dans un cas de Spietsehka, il y avait un déciduome malin ; après opération de cette tumeur, l'affection cutanée disparut.

Histologiquement, on constate de l'excroissance des papilles, de l'épaississement de la couche cornée ; le pigment est aggloméré dans les cellules cylindriques du corps muqueux, dans les couches papillaire et sous-papillaire, dans

les voies lymphatiques. Les altérations de la cutis sont insignifiantes.

Le traitement consistera dans une hygiène appropriée de la peau : les affections cancéreuses concomitantes donnent à cette dermatose une évolution fatale.

V. Psorospermose folliculaire végétante (Darier). — Cette affection, isolée par Darier, est caractérisée par une hypertrophie kératosique de l'épiderme, sans participation aucune des couches plus profondes ; c'est dans la couche cornée que se développent de petites concrétions cornées qui s'effilent inférieurement pour s'enfoncer dans la profondeur de l'épiderme.

Elles siègent le plus souvent dans les conduits des follicules pilo-sébacés, mais peuvent aussi se produire en d'autres points de l'épiderme. La couche de Malpighi est amincie au-dessous d'elles.

On les rencontre encore, au front, à la région inguinale, au creux de l'aisselle, au dos de la main.

Les corps décrits par Darier, comme des psorospermies, ne sont, d'après les plus récents travaux, qu'une kératisation de cellules épidermiques disposées en couches concentriques ; ils offrent deux aspects différents : soit l'aspect de corpuscules arrondis, nucléés, du volume d'une cellule épidermique, siégeant surtout dans la couche cornée, soit une forme irrégulière, sans noyau, siégeant dans les couches supérieures de l'épiderme. La nature parasitaire de cette dermatose n'est pas encore établie.

[Cliniquement, l'affection débute par de petites papules recouvertes d'une croûte dure, du volume d'une tête d'épingle, et siégeant à l'orifice des follicules : très adhérentes, elles sont enfoncées dans l'orifice folliculaire comme dans un entonnoir. Elles se réunissent bientôt en plaques d'un brun sale, râpeuses. Plus tard encore, elles se transforment en végétations papillomateuses présentant à leur sommet un pertuis cratériforme, d'où l'on fait sourdre par pression une matière sébacée et purulente, fétide.

C'est une maladie rebelle, qui dure des années, mais sans atteindre sérieusement l'état général.

On la traite par des bains, des applications de savon dissous dans l'alcool, de pommades salicyliques.]

VI. Maladie de Paget. — L'hypertrophie épidermique décrite par Paget a été considérée (de même que la kératose palmaire de White) comme un processus identique à la psorospermose de Darier. Kaposi fait remarquer que ces affections sont voisines de notre *lichen ruber acuminatus*.

[La maladie de Paget (L. Wickham, *thèse* 1890) siège au mamelon, chez la femme, après 40 ans; on l'a, mais plus rarement, observée chez l'homme, au sein, au scrotum.

A son plein développement, elle est caractérisée par un placard irrégulier, occupant le mamelon et l'aréole; sous une croûte plus ou moins épaisse, on constate une ulcération d'un rouge foncé, granuleuse, à base un peu indurée.

Cette lésion, douloureuse et prurigineuse, se transforme le plus souvent, après quelques années, en épithélioma.

Darier et Wickham ont observé dans la couche de Malpighi de petites masses, qu'ils considèrent comme des coccidies; cette opinion a été vivement combattue, peut-être ne s'agit-il que de dégénérescences cellulaires.]

VII. ANOMALIES DES POILS

A. ALOPÉCIES

I. Alopécie congénitale.

Caractérisée par une insuffisance de la chevelure, dont les poils sont lanugineux; cette alopécie peut guérir par la pousse ultérieure des cheveux.

II. Alopécie sénile.

On distingue sous ce nom la chute des cheveux qui se produit presque fatalement à un âge avancé; elle commence par le front, et gagne petit à petit en arrière jusqu'à la nuque, ne laissant de cheveux que sur les parties latérales.

III. Alopécie prématurée.

Se produit de 20 à 30 ans, et relève d'une prédisposition acquise du sujet; toutefois on retrouve souvent l'alopécie de ce type chez plusieurs membres d'une même famille. Dans l'alopécie prématurée, comme dans la sénile, la disparition des cheveux, à l'exception de quelques poils lanugineux, est définitive. Le cuir chevelu est lisse, brillant; les follicules sont atrophiés. [Cette forme d'alopécie débute

par le vertex, le front ou les tempes; elle est symétrique, souvent héréditaire, fréquente chez les arthritiques et les surmenés du travail ou du plaisir. Elle est souvent en rapport avec de la séborrhée sèche, pityriasique du cuir chevelu.]

IV. Alopécies secondaires.

L'alopécie n'est le plus souvent que passagère quand elle survient à la suite de maladies infectieuses aiguës (fièvre typhoïde, puerpéralité, etc.), de la syphilis [alopécie en clairière], de dermatoses inflammatoires et de quelques dermatoses parasitaires.

[Citons la **trichomanie** (Besnier) ou **trichotillomanie** (Hallopeau), sorte de névrose où les sujets s'arrachent les cheveux ou les poils de la barbe pour calmer le prurit qu'ils éprouvent en ces régions; d'autres fois, c'est un véritable tic.]

V. Alopécie totale prématurée neurotique (Pl. XLI *a*).

On voit parfois, chez de jeunes individus, les cheveux tomber en quelques jours ou semaines, en dehors de toute altération visible du cuir chevelu; ces cheveux sont parfois secs et cassants. Si ce sont principalement les cheveux qui tombent, il n'est pas rare de voir les cils et les poils des régions génitales tomber aussi. Les poils, qui repoussent parfois à la suite de cette chute, sont fins, atrophiés, et retombent souvent à nouveau. La peau ne présente aucune altération notable; chose curieuse, les ongles sont souvent altérés en même temps, et se montrent ternes et cassants. Presque toujours ces alopécies sont accompagnées de troubles nerveux, de migraines et même de psychoses; elles sont considérées par les observateurs comme une véritable névrose trophique.

VI. Alopécie en aires. Area Celsi (Planche XLI *b*).

Cette affection se caractérise par l'apparition sur le cuir chevelu de places dénudées qui s'agrandissent périphériquement, sans que la peau présente aucune altération notable; il n'y a parfois qu'une seule plaque alopécique, d'autres fois il y en a plusieurs simultanément. Les poils ont l'aspect normal, mais ceux qui sont à la limite des plaques se laissent facilement arracher. La peau est pâle et ne présente aucun trouble de sensibilité. Il arrive souvent que

des plaques voisines se réunissent en grandes aires polycycliques ; mais la calvitie totale est rare. Après quelques mois, il se fait une repousse de poils lanugineux ; ils seront plus tard remplacés à leur tour par des poils normaux : on a vu la guérison se faire en un ou deux ans.

Bien que l'étiologie et la nature de cette affection aient été l'objet d'importantes recherches, les opinions ne sont point encore unanimes à leur sujet. Tandis que certains auteurs font de cette maladie une trophonévrose, d'autres y voient une affection parasitaire ; les deux avis reposent sur des arguments plausibles ; nous croyons que la vérité réside dans l'opinion de Lassar, qui pense que le même tableau clinique relève de deux processus étiologiquement différents.

Note additionnelle.

Pelades.

[*L'alopécie en aires* répond à ce que nous appelons en France la **pelade** : c'est en effet une alopécie ayant pour caractéristique de se présenter le *plus souvent* en aires arrondies, et sans que l'épiderme présente au niveau de ces aires de lésion apparente. Dans l'immense majorité des cas, c'est le cuir chevelu seul qui est atteint ; souvent la barbe présente seule ou conjointement avec le cuir chevelu les mêmes lésions ; plus rarement enfin le tronc, les régions génitales, axillaires, toutes les régions pileuses du corps sans exception (cils, sourcils) sont dépilées (*pelades généralisées*) ; cela répond aux faits classés plus haut par l'auteur sous le titre d'*alopécie totale neurotique*. La pelade n'est pas une maladie univoque, c'est un groupe d'affections distinctes, encore mal différenciées, malgré les remarquables et récentes recherches de Sabouraud (1896) : il n'y a pas une pelade, il y a des pelades.

Le caractère essentiel des plaques peladiques, c'est la forme arrondie, l'état lisse de la peau à leur niveau, sans aucune desquamation : à part cela, les autres caractères (unicité ou multiplicité, dimensions, rapidité ou lenteur d'évolution, isolement ou coalescence) sont des plus variables.

Sur les plaques glabres, en activité d'extension, et surtout au niveau de la bordure périphérique, on trouve çà et là des poils d'aspect particulier (*poils peladiques*) ; cas-

sés à quelques millimètres de la peau, ils peuvent être enlevés à la pince, sans se rompre comme les poils tricophytiques; examinés avec soin, ils offrent une extrémité libre tantôt fourchue ou en balai, tantôt taillée en biseau net, une extrémité radiculaire qui est effilée, décolorée, parfois recourbée en crosse; la moelle du poil disparue est remplacée par quelques grains pigmentaires et surtout par de nombreuses bulles d'air (Juhel-Renoy). Dans certaines variétés (*Pelade à cheveux fragiles de Besnier*), les cheveux se cassent et s'écrasent à l'extirpation, comme dans la tricophytie.

Quand la pelade arrive au terme de son évolution, les poils peladiques disparaissent, et font place à des follets qui annoncent le début du processus de guérison; ils sont suivis eux-mêmes de cheveux plus nombreux, plus forts, pluscolorés; souvent la plaque guérissante reste plusieurs semaines couverte de poils blancs.

Il n'y a rien de fixe dans la marche, la durée, l'évolution des pelades. On distingue des formes partielles, des formes *décalvantes* (dénudant tout le cuir chevelu), des formes généralisées pouvant frapper tout le système pilaire et s'accompagnant parfois de troubles de nutrition des ongles.

La plaque peladique indolente n'est souvent découverte que par hasard.

La **nature** des *pelades* semble être variable selon les cas; il y a des pelades (notamment dans les formes décalvantes et généralisées) qui sont d'origine nerveuse, trophoneurotique (*Peladoïdes* de Leloir) et succèdent souvent à des traumatismes; des lésions des nerfs du cuir chevelu s'observent au cours de maladies nerveuses (hystérie, maladie de Basedow, tabes, etc.) Ces pelades ont souvent un début brusque et ne sont pas contagieuses.

A côté de ce groupe, il y en a d'autres qui comprennent des pelades manifestement *contagieuses*, même *épidémiques* (casernes, écoles) et qui se transmettent soit par contact direct, soit indirectement (coiffures, tondeuses); Malassez, von Sehlen, Vaillard et Vincent ont décrit des microbes divers, qui ne semblent d'ailleurs être que des parasites normaux de la peau. Cette diversité de nature explique la variété des opinions émises depuis Bazin, qui faisait de la pelade une *teigne*; aussi l'opinion dualiste est-elle aujourd'hui la plus en honneur (T. Fox, Besnier, Brocq, Thibierge).

Sabouraud, à la suite de ses recherches persévérantes,

isole dans le complexus des pelades deux types distincts, l'un, plus fréquent chez l'adulte, nettement parasitaire, séborrhéique, décrit déjà par Bateman; l'autre, non séborrhéique, non parasitaire, spécial à l'enfant, bien isolé par Celse sous le nom d'ophiase. Voici en quelques mots les caractères de ces deux variétés :

a) ***Pelade de Bateman.*** — Plaques d'étendue variable, peu nombreuses; sur la peau luisante apparaissent des orifices folliculaires dilatés, d'où l'on fait sourdre par pression des bouchons graisseux. Les poils sont en biseau à leur extrémité libre.

Les plaques s'étendent excentriquement, puis guérissent, parfois en quelques semaines; mais les récidives sont fréquentes.

Cas de calvitie complète et rapide, pouvant atteindre toutes les régions pilaires.

Anatomiquement, *folliculite pilaire*, d'où résulte l'atrophie de la papille pilaire, la dénutrition du poil, sa décoloration, et sa chute. Constatation dans le conduit du follicule, dans son tiers supérieur au début, de petites masses (*Utricule peladique*), formées de strates de cellules épidermiques et de graisse, et logeant en leur centre un peloton, un *cocon* constitué par l'amas compact de microbacilles renflés en barillets, identiques à ceux de la séborrhée huileuse.

Etiologiquement, prédominance chez l'adulte, contagiosité incontestable malgré la fréquence d'apparition à la suite d'émotions, de surmenage cérébral.

b) ***Pelade ophiasique de Celse.*** — Début le plus souvent à la nuque ou au-dessus de l'oreille, puis extension; formant souvent une bande dénudée au niveau de la bordure des cheveux en arrière.

Surface de la plaque finement ridée; persistance toujours d'un certain nombre de cheveux ou normaux ou altérés (extrémité libre fibrillaire, en balai).

Guérison en deux ans en moyenne; dans les cas rebelles, guérison à la puberté.

Cas rares de formes décalvantes.

Apparition dans l'enfance (6 à 10 ans); pas de contagion. Recherches microbiennes négatives.

Ces deux variétés n'épuisent évidemment pas la série

des types que l'avenir distinguera dans le groupe des pelades].

Traitement des Alopécies. — Tenir compte de la cause démontrée ou supposée de l'affection, bien que cette notion trouve peu d'application dans le traitement des diverses formes d'alopécies, auxquelles nous n'opposons qu'une thérapeutique excitante et parasiticide.

Dans l'alopécie neurotique toutefois, on prescrira des toniques (préparations ferrugineuses, arsenic), associés à l'usage de la pilocarpine, au massage local du cuir chevelu, à l'application des courants continu et faradique.

Parmi les moyens irritants, citons les solutions de sel, d'acide acétique, de teinture de cantharides, de goudron, de chrysarobine, de résorcine. S'il existe de la séborrhée, la traiter par les moyens appropriés, car il est hors de doute que dans certains cas elle joue un rôle étiologique prépondérant.

[Il est toujours utile, surtout dans la forme parasitaire, de faire par l'*épilation* un cercle de protection d'un demi à un centimètre autour des plaques, de tenir les cheveux courts, et de faire matin et soir une lotion sur tout le cuir chevelu avec une solution de sublimé au 500e. Dans la forme séborrhéique, il sera de plus utile de dégraisser la tête par des lavages savonneux.

Les irritants forts (vésicatoire, acide acétique cristallisable) ne doivent être appliqués qu'à intervalles suffisants, de crainte de nécrose du derme et d'alopécie irrémédiable.

Les irritants faibles pourront être utilisés quotidiennement ; telles sont les solutions excitantes :

Acide acétique	1	
Hydrate de chloral	3	(Besnier)
Ether	30	
Alcool	100	
Essence de térébenthine	20	(Lallier).
Ammoniaque	10	

Moty a vanté des injections sous-cutanées, au niveau des plaques, de quelques gouttes d'une solution de sublimé au 100e.

Il faudra toujours, en vue d'une contagion possible, sur-

veiller et désinfecter les coiffures, les objets de toilette des malades.]

B. TRICHORRHEXIS NODOSA

Cette affection s'observe principalement aux poils de la barbe sous forme de petits gonflements espacés le long du poil, qui se brise facilement; il ne reste adhérent à la peau qu'un moignon déchiqueté (Pl. LXIV) ; Hodara (*Arch. f. Derm.* B. 41, nº 1) a trouvé dans ces cas un microbe qu'il a pu cultiver, et avec lequel il a pu reproduire la maladie au niveau de poils sains ; Spiegler a obtenu des résultats analogues.

Traitement. — Il n'y a pour ainsi dire rien à faire. Besnier préconise l'épilation des poils malades, et l'application de teinture de cantharides. Eichhoff conseille de couper les poils courts et de les frictionner avec la pommade :

Vanilline	0,20
Axonge	10

On a encore recommandé les pommades au goudron, au soufre, les badigeonnages à l'ammoniaque.

C. TRICHOPTILOSE

On voit parfois des poils d'aspect normal, dont l'extrémité est déchiquetée, fourchue ; c'est la trichoptilose, qui a été attribuée à la sécheresse des poils.

[D. LEPOTHRIX

Les poils des aisselles et des régions génitales présentent de petites concrétions, espacées, parfois disposées en chapelet, très adhérentes, et constituées par des amas de bacilles agglutinés.

Lotions au sublimé ; au besoin, rasage des poils.]

[E. APLASIE MONILIFORME

Les poils malades présentent une alternance de segments

amincis, décolorés, par atrophie de la substance médullaire, avec des segments de diamètre et de coloration normale ; de là, un aspect de chapelet. Cette altération s'observe surtout aux cheveux, mais aussi aux poils des aisselles, du pubis, de la région présternale ; elle est souvent congénitale et héréditaire, et affecterait, d'après Brocq, Hallopeau, d'étroits rapports avec la kératose pilaire.]

F. HYPERTRICHOSE

Non seulement, on voit, dans cette affection, des poils développés en des régions du corps habituellement glabres, mais encore les poils de siège normal ou autres sont extraordinairement longs et gros, souvent aussi très fournis.

Note additionnelle.

[L'hypertrichose est parfois *généralisée* : tout le corps est alors velu, à l'exception des paumes des mains, des plantes des pieds, du prépuce et du gland.

Plus souvent, elle est *localisée* : parfois *congénitale*, elle siège à la partie inférieure de la colonne vertébrale ; *acquise*, elle vient soit spontanément, soit à la suite d'irritations répétées (vésicatoires nombreux, avulsion répétée de follets); elle peut siéger au dos, au nez, aux oreilles, et chez la femme au menton, aux joues, à la lèvre supérieure, à l'aréole du mamelon. Elle serait parfois héréditaire.

L'épilation par pâtes ou lotions est un palliatif insuffisant. Le vrai traitement est la destruction par *électrolyse* (Le Fort, Brocq) : le malade tenant en main l'électrode positive, on introduit le long du poil jusqu'au fond du follicule une fine aiguille (électrode négative), puis on fait passer pendant quelques secondes un courant de 3 à 5 milliampères ; le poil vient facilement à la pince. Il ne faut pas, à chaque séance, détruire plus de quelques poils (15 à 20) et encore pas trop voisins, pour éviter la production de cicatrices.]

G. CANITIE

La *canitie* est congénitale chez les albinos : les poils sont totalement dépigmentés, d'un blanc jaunâtre, fins, brillants comme de la soie, friables.

On observe parfois des poils décolorés au niveau de territoires cutanés achromiques, et même sans achromie cutanée (Pl. XLI).

La canitie *acquise*, le *grisonnement*, est due à l'absence de cellules pigmentaires (Ehrmann) dans la couche de Malpighi et le bulbe pileux ; les poils, qui poussent dès lors, sont colorés en gris ; on a vu des poils dont l'extrémité est foncée, tandis que la partie basale est décolorée. La pathogénie du grisonnement subit, qui succède, comme on sait, à de violentes frayeurs, et qu'on a attribué à la formation de gaz dans la tige du poil, n'est pas encore élucidée.

VIII. ANOMALIES DES ONGLES

A. HYPERTROPHIE

Le développement exagéré, l'épaississement des ongles, avec les déformations qui en résultent, relèvent de l'hypertrophie de la matrice unguéale. Les ongles peuvent s'enrouler en griffes (*onychogryphose*) ; le corps de l'ongle, soulevé, est formé de couches stratifiées, d'un brun sale (Pl. XL) ; d'autres fois, c'est la base de l'ongle qui prolifère ; il y a des rainures hypertrophiées ; toute la masse stratifiée présente une structure analogue à celle des cornes.

L'hypertrophie des ongles peut résulter de simples processus d'engorgement et d'intoxications chroniques, d'infections aiguës récidivantes (érysipèle), d'irritations locales (chaussures), d'inflammations de voisinage. L'onychogryphose peut dépendre de dermatoses (eczéma chronique, psoriasis, lichen ruber, elephantiasis, syphilis, ichthyose), surtout de celles qui déterminent une infiltration cellulaire de la couche papillaire et une hyperplasie de l'épiderme, enfin d'altérations parasitaires (favus, tricophytie).

B. ATROPHIE

L'atrophie unguéale s'observe à la suite de paronychie, de dégénérescence avec atrophie des dernières phalanges, dans certaines affections de l'épiderme (psoriasis, herpès tonsurans).

IX. ANOMALIES DE LA PIGMENTATION CUTANÉE

I. ACHROMIE

Le *pâlissement* de la peau s'observe, comme nous l'avons vu antérieurement, à l'histoire des états anémiques, à la suite de pertes de sang, de maladies épuisantes, dans la chlorose, l'hydropisie.

La *disparition du pigment normal de la peau* peut être congénitale ou acquise.

a) **Achromie congénitale. Albinisme.** — C'est une anomalie héréditaire : la peau des albinos est totalement dépourvue de pigment, blanche ou rougeâtre ; même les pigmentations qui font suite à certaines dermatoses manquent chez ces sujets, L'œil, laissant transparaître les vaisseaux sanguins, paraît rouge : par suite du défaut de pigment oculaire, l'albinos craint la lumière ; il a souvent du nystagmus. Les poils sont blancs, fins, soyeux. — L'albinisme peut être partiel, n'occuper que certaines régions de la peau, qui correspondent souvent au territoire de distribution d'un nerf; ici, contrairement à ce qui se passe dans l'achromie acquise, les plaques achromiques sont entourées d'un épiderme *normalement* pigmenté; les poils peuvent être aussi décolorés au niveau de ces plaques.

b) **Achromie acquise (Vitiligo)** (Pl. XLI). — Le vitiligo se présente sous l'aspect de disques blancs, décolorés, d'abord petits, au milieu d'une peau normalement pigmentée ; puis, ces disques s'étendent peu à peu, inégalement, et leur contour, de forme irrégulièrement concave, présente alors une hyperpigmentation. Il n'y a aucune altération visible, aucun signe subjectif à noter en dehors de l'achromie. En quelques années, l'affection peut s'étendre à presque toute la surface du corps, ne laissant çà et là que quelques traînées encore pigmentées. Les poils se décolorent en même temps.

Plusieurs auteurs ont rapporté le vitiligo à des troubles d'innervation ; on a invoqué, comme causes locales, la pression d'un bandage, la constriction exercée par des cicatrices ; on sait encore qu'à la suite d'infections aiguës

(fièvre typhoïde, scarlatine) on l'a vu se développer ; mais, dans la plupart des cas, le vitiligo se développe chez des individus sains, entre 10 et 30 ans. Ehrmann, Jahrisch, Richl, etc. ont montré comment le pigment peut se transporter, se déplacer par l'intermédiaire de cellules (*chromatophores*), mais cela ne donne pas l'explication du processus.

[Le vitiligo est caractérisé par l'achromie des plaques avec hyperchromie du contour, c'est donc un mélange d'achromie et d'hyperchromie, et non pas une leucodermie pure. Le vitiligo du cuir chevelu prend parfois l'aspect d'une alopécie en aires : a-t-elle des rapports avec la pelade trophoneurotique?

Divers auteurs (Leloir, Déjerine) ont signalé des altérations des tubes nerveux au niveau des plaques de vitiligo (fragmentation de la myéline, atrophie du cylindre-axe).

Ce qui est certain, c'est que le vitiligo s'est fréquemment développé à la suite de traumatismes, d'ébranlements nerveux, qu'il s'observe au cours d'affections du système nerveux (maladie de Basedow, aliénation, tabès, syringomyélie, etc).

Le traitement consiste en douches froides ou révulsifs sur le rachis, bains électriques, bains salés; Besnier recommande les injections sous-cutanées de pilocarpine.]

II. HYPERCHROMIES.

L'hyperchromie de la peau est congénitale, ou plus souvent acquise.

a) Hyperchromie congénitale.

On observe une hyperchromie congénitale dans les *Nævi pigmentaires* (Pl. XXXV et XXXVI).

[Les *Nævi pigmentaires* sont *lisses* ou *verruqueux ; lisses*, ils sont très fréquents et se présentent sous l'aspect de taches ou de plaques, dont les dimensions varient depuis le diamètre d'une tête d'épingle jusqu'à un segment de membre ; leur coloration va de la teinte café au lait au noir foncé ; le plus souvent glabres, ils sont parfois couverts de poils. *Verruqueux*, les nævi forment de véritables tumeurs papillomateuses, jaunâtres, bistrées, grisâtres ou noires. Ils sont parfois disposés en bandes, entraînées, suivant le

trajet d'un nerf ou le territoire de distribution d'une racine rachidienne. Ils siègent au cuir chevelu, au cou, au dos, à la face interne des membres, même à la paume des mains et à la plante des pieds, où ils s'accompagnent d'hyperkératose, de durillons (*Nævi kératosiques*). — La *transformation épithéliomateuse* des nævi pigmentaires n'est pas une rareté.

L'electrolyse a été recommandée par G.-H. Fox pour les traiter.]

b) Hyperchromies acquises.

I. *Hyperchromies acquises partielles.*

1° Ephélides. — Ce sont des accumulations de pigment, limitées à certaines régions de la peau, sous forme de petites taches d'un brun jaunâtre, très rapprochées, du diamètre d'un grain de mil à un petit pois ; elles se produisent en été, au niveau du visage, des mains, et aussi sur les parties couvertes du corps, pour disparaître en hiver.

[Nous distinguons en France les *éphélides*, qui relèvent de l'action des rayons solaires (*hâle* des individus vivant au grand air) et le lentigo (*taches de rousseur*), constitué par des taches lenticulaires, d'un gris brun, fréquentes chez tous les enfants, au moment de la puberté, persistantes et abondantes particulièrement chez les individus roux, siégeant surtout au visage, se renforçant souvent l'été et au plein air.

Hutchinson a décrit sous le nom de lentigo malin une affection, spéciale aux vieillards, consistant en une ou plusieurs taches pigmentées, que l'on observe au visage, et qui se transforme après un certain temps en épithelioma.]

2° Chloasma. — Des pigmentations de la peau s'observent parfois chez la femme, au cours d'affections de l'appareil génital. Le premier degré en est le *Chloasma utérin*, qui se caractérise par une coloration d'un gris jaunâtre du visage, de la ligne blanche et de l'aréole du mamelon (*masque des femmes enceintes*). On a observé le changement de coloration du tronc et des membres dans la dégénérescence kystique des deux ovaires (Neusser) : après ovariotomie double, la coloration bronzée disparut rapidement.

Traitement des éphélides, du lentigo, du chloasma. — Eviter l'action des rayons solaires pendant l'été. Faire des lotions avec des solutions alcooliques ou aqueuses de sublimé à 1/2, à 1 0/0 ; recouvrir les parties affectées de compresses imbibées de ces mêmes solutions, et les laisser en place plusieurs heures.

On pourra ensuite appliquer des onguents ou pommades, tels que :

Sous-nitrate de bismuth }	ãã 5
Précipité blanc }	
Axonge	50

ou des pommades au naphtol, à la résorcine.

Citons encore l'emploi du peroxyde d'hydrogène suivant la formule d'Unna :

Axonge	5
Vaseline	10
Peroxyde d'hydrogène	20
Bichlorure de mercure	0,05
Oxychlorure de bismuth	0,50

Leloir recommande d'appliquer sur les taches pigmentaires, préalablement lavées à l'alcool et au savon noir, une solution à 15 0/0 de chrysarobine dans le chloroforme ; lorsque c'est sec, recouvrir de traumaticine.

Hardy préconise la lotion suivante :

Bichlorure de mercure	1
Sulfate de zinc }	ãã 1
Acétate de plomb }	
Eau distillée	250
Alcool	q. s.

[Van Horn, d'après Unna (*méthode d'écorchement*) recommande de recouvrir pendant 3 à 4 jours les parties affectées d'une pâte à 50 0/0 de résorcine, puis de remplacer cette pâte par un masque de colle gélatineuse, qu'on enlève au bout de quelques jours ; l'épiderme sous-jacent vient avec le masque.]

Il est un grand nombre d'autres cas d'hyperchromies acquises, où de grands territoires cutanés, voire le revêtement entier sont le siège d'hyperpigmentation ; tantôt cette hyperchromie résulte d'une hyperhémie, secondaire elle-même à une irritation directe de la peau ; tantôt il

s'agit d'affections viscérales, au cours desquelles le pigment se forme et se dépose aussi bien dans les organes profonds que dans la peau. Voici, brièvement signalés, quelques processus de cet ordre.

II. *Hyperchromies acquises généralisées* (*Mélanodermies*).

1° Mélanodermie des cachectiques. — On observe souvent une coloration brunâtre, diffuse, de la peau, prédominant aux membres inférieurs, à la suite d'inflammations chroniques, chez des sujets *cachectiques*, épuisés ; même pigmentation se rencontre chez les *phtisiques*, peu soigneux de leur peau, à pannicule relâché ; la peau est au toucher onctueuse, graisseuse (*Chloasma des cachectiques*). Dans la *cachexie paludéenne*, on note une teinte gris sale de la peau.

2° Mélanodermie parasitaire (*Maladie des vagabonds*). — La maladie des vagabonds est une mélanodermie qui résulte du défaut de soins cutanés et de la présence des *poux* [avec les grattages répétés qu'ils provoquent ; on a noté, dans certains cas invétérés, de la pigmentation des ongles et de la muqueuse buccale comme dans la maladie d'Addison. — On a vu des mélanodermies analogues à la suite de *gales* invétérées].

3° Mélanodermies de cause interne :

a) *Mélanodermie d'origine hépatique*. — Dans la cirrhose du foie, dans les formes chroniques d'ictère grave, on observe un *ictère mélanique*, qui, sur certains points du corps, peut présenter une coloration bronzée, claire, spéciale.

Le *diabète bronzé* a la mélanodermie pour signe caractéristique, à côté de la polydypsie, de la polyphagie, de la polyurie et de la glycosurie : la pigmentation cutanée s'associe à une accumulation pigmentaire dans les organes (foie : cirrhose hypertrophique pigmentaire; cœur, ganglions lymphatiques) : ce pigment, ferrugineux, est considéré comme un dérivé de la matière colorante du sang.

Au même groupe, se rattachent les mélanodermies con-

sécutives aux maladies du *pancréas*, avec ou sans glycosurie.

b) Maladie d'Addison. — Cette maladie, dont Th. Addison a le premier établi la relation avec des altérations des capsules surrénales, détermine une pigmentation bronzée de la peau ; elle comprend de plus des troubles du côté du tube digestif et du système nerveux, et se termine presque toujours par la mort. D'après Lewin, on rencontre dans 88 % des cas typiques, une lésion des capsules surrénales. Les malades éprouvent, longtemps avant le début de la pigmentation, une lassitude, une faiblesse extrêmes, en même temps qu'une sensation de poids au niveau de l'estomac, des douleurs dans tout le ventre, une soif très vive, des nausées.

Au début, la peau présente un ton jaune sale, brun jaunâtre ou gris fumé ; la coloration se fonce peu à peu, et devient bronzée, même tout à fait noire. Le plus souvent, la pigmentation se renforce au niveau des parties découvertes ou exposées à la pression des vêtements. Les muqueuses des lèvres, de la bouche participent à l'hyperchromie.

L'altération pigmentaire peut se diffuser sur de grandes étendues de la peau, qui sont parsemées de taches claires répondant à la peau normale, ou bien elle se limite en taches pigmentaires irrégulières, isolées et disséminées. Les poils ne participent généralement pas à la pigmentation. Le visage est souvent la partie du corps la plus foncée. Les ongles le sont rarement.

Les dermatoses prurigineuses, le grattage, contribuent à augmenter la mélanodermie.

La peau reste lisse, élastique au contact ; elle est moite, et ne présente pas d'altérations notables.

Suivant Neusser, la pigmentation résulte d'une lésion du sympathique, de cause générale ou locale, et du défaut de la fonction des capsules surrénales. [Voir le *Traité de Médecine* de P. Brouardel, art. Maladie d'Addison, par L. Jacquet, t. III, p. 614.]

A la lassitude générale déjà signalée viennent s'ajouter de l'abattement, de la diminution de l'intelligence, de l'hypochondrie ; l'amaigrissement cachectique, la faiblesse cardiaque, les palpitations, la dyspnée constituent les symptômes des stades avancés de la maladie. La mort arrive dans un état d'asthénie, de prostration progressives, par affaiblissement du myocarde, ou à la suite d'incidents

pathologiques, tels que hypothermie, diarrhée, vomissements incoercibles, délire, enfin collapsus et coma.

L'affection peut durer de quelques mois à plusieurs années ; la mort peut survenir subitement, sans que le malade ait présenté aucun des symptômes terminaux que nous avons énumérés.

4° Mélanodermies d'origine médicamenteuse. — Certaines mélanodermies résultent de l'introduction dans l'organisme de substances médicamenteuses : nous appellerons l'attention sur le rôle des préparations arsenicales et du nitrate d'argent.

a) Mélanodermie arsenicale. — La pigmentation brune de la peau succède dans certains cas à l'absorption de l'arsenic, introduit soit professionnellement, soit en préparation médicamenteuse (Pl. XXXVII) ; l'arsenic pénètre dans le corps par les voies digestives (emploi thérapeutique, eau de boisson), par les voies respiratoires (usines, papiers de tentures). La peau seule est pigmentée, les muqueuses sont indemnes.

La pathogénie de cette hyperchromie est encore inconnue ; on admet généralement que la substance toxique détruit les globules rouges, et que la matière colorante des hématies, mise en liberté, serait l'origine du pigment cutané : ce pigment est déposé dans les cellules basales inférieures de la couche réticulaire de Malpighi ; quant à la question de savoir pourquoi il se dépose de préférence en des points de la peau antérieurement affectés d'eczéma, de psoriasis, etc., elle n'est pas élucidée.

La quantité d'arsenic susceptible de produire la mélanodermie varie suivant les individus. Dans un cas qui nous est personnel, il avait suffi de l'absorption de 0,26 d'acide arsenique. Dans d'autres cas, on a noté 0,216, 0,125 (dans une observation de la clinique Schrœtter). Avec la liqueur de Fowler, on a observé la pigmentation après 6 mois d'usage continu, d'autres fois après 3 ans seulement (à la dose quotidienne de 5 à 10 gouttes).

La pigmentation est progressive, elle affecte surtout les régions de la peau naturellement pigmentées. La coloration, bronzée, rappelle parfois celle du graphite. Dès que l'absorption d'arsenic prend fin, le tégument pâlit, et revient à la teinte normale ; mais le pâlissement se fait d'autant plus lentement que la pigmentation était plus intense et que le malade est plus âgé.

Signalons une autre altération cutanée, résultant de l'usage prolongé de l'arsenic, l'*hyperkératose arsenicale* (Wilson) : c'est une hyperkératose diffuse de la paume des mains et de la plante des pieds ; par place font saillie de véritables verrues cornées, avec une dépression centrale qui répond au canal excréteur kératosé d'une glande sudoripare. Cette affection dégénère facilement en *cancer épithélial*.

b) *Mélanodermie argyrique*. — Elle résulte du dépôt d'argent réduit dans l'épaisseur de la peau : l'argent se trouve en dehors des cellules sous l'aspect de très fines granulations. C'est le visage qui est le plus fortement pigmenté, même les conjonctives oculaires présentent une teinte grise, ainsi que la base des ongles. La peau est au début d'un gris pâle, mais petit à petit, et à mesure que l'absorption d'argent augmente et se continue, la teinte devient d'un bleu foncé, cyanique. L'examen de l'urine présente, pour le diagnostic de l'arsenicisme et de l'argyrie, la plus grande importance, car on peut y déceler le toxique.

X. NÉOPLASIES CUTANÉES

TUMEURS BÉNIGNES DE LA PEAU

Les *néo-formations conjonctives*, soit congénitales, soit acquises, sont les plus fréquentes des tumeurs bénignes de la peau : elles se présentent sous la forme d'excroissances circonscrites ou d'indurations cutanées diffuses.

Nævus molluscoïde, N. lipomatodes.

Il se présente sous la forme de petites tumeurs, rarement sessiles, habituellement pédiculées et pendantes, siégeant au niveau du cou, des paupières.

[Nous identifions cette lésion, à part son caractère congénital, avec le *molluscum pendulum* qui sera étudié ultérieurement.]

Nævus pileux.

Consiste en plaques saillantes, du diamètre d'un pois,

d'un haricot ; parfois il forme une hypertrophie de la peau et de ses papilles, étendue à de grandes surfaces. Il est habituellement pigmenté en brun ou en noir. Il est le plus souvent planté de poils raides.

Quand le nævus n'est pas trop saillant, on peut l'attaquer par des caustiques (acide trichloracétique, acide lactique, acide nitrique, collodion au sublimé : 5 à 10 0/0) ; si ces remèdes ne réussissent pas et si le nævus n'est pas trop grand, on pourra l'exciser. Quand l'étendue du nævus ne permet pas l'ablation chirurgicale, on le traite par l'électrolyse (Voltolini, Hardaway, Fox), ou par le galvano-cautère.

Cicatrices.

Toute perte de substance de la peau, qui atteint en profondeur le chorion ou tout au moins la couche papillaire, guérit avec *cicatrice*. Les cicatrices se voient notamment à la suite de brûlures, de suppurations, de cautérisations, de maladies ulcéreuses, telles que le lupus, la syphilis, la scrofule, de diverses dermatites, de nécrose hémorrhagique et gangréneuse de la peau. Après élimination du tissu nécrosé se développe le tissu de granulation destiné à combler le vide; cette prolifération granuleuse qui part du fond de l'ulcération aboutit à la production de tissu conjonctif dense, tandis que le voisinage présente des signes de néo-formation épidermique, d'épidermisation. On observe souvent, dans les grandes plaies consécutives aux brûlures, des îlots épithéliaux qui proviennent vraisemblablement de l'épiderme des glandes sébacées et sudoripares qui n'ont pas été complètement détruites.

Les cicatrices récentes sont riches en cellules et renferment encore de nombreux vaisseaux sanguins; les cicatrices de vieille date, au contraire, ont perdu leurs vaisseaux, et sont formées d'un tissu fibreux serré. Les cicatrices sont parfois, en raison de leur siège et leurs dimensions, l'origine de troubles importants ; on peut voir les articulations ankylosées, la cavité buccale déformée et rétrécie, les paupières en ectropion ; la constriction exercée par les cicatrices peut donner lieu à de nombreux troubles circulatoires, et, notamment aux membres inférieurs, à de l'œdème chronique, à des proliférations de tissu, c'est-à-dire à l'*éléphantiasis*.

Chéloïde.

C'est une induration cicatricielle plate ou saillante, blanchâtre ou d'un rouge bleu, ferme, souvent ramifiée, recouverte d'un épiderme mince et brillant; elle est formée d'éléments de tissu conjonctif embryonnaire, accumulés dans un tissu fibreux dense.

[Il faut distinguer deux variétés de *chéloïdes* : l'une, *cicatricielle*, pouvant succéder à une cicatrice quelconque, même minime (vaccine, piqûres de sangsues, etc.), l'autre *spontanée*, pouvant se développer primitivement en dehors de toute cicatrice antérieure.

Objectivement, la première est caractérisée, en dehors de son siège au niveau d'une cicatrice, par sa forme irrégulière, ses irradiations de voisinage comparées aux pinces d'une écrevisse, sa disparition possible à la longue. La seconde forme des petites tumeurs arrondies, souvent nombreuses (318 dans un cas de de Amicis); ayant toujours tendance à produire de nouvelles tumeurs, elle ne rétrocède jamais et récidive après ablation.

Les chéloïdes sont traitées par des scarifications répétées, des applications prolongées d'emplâtre de V[illegible]o, l'électrolyse Brocq).]

Eléphantiasis (des Arabes). Pachydermie.

La pachydermie acquise consiste en une induration du derme avec hypertrophie du corps papillaire, et augmentation considérable du tissu cellulaire sous-cutané, qui tuméfie les membres atteints. Cette altération s'observe aux jambes surtout. Dans les formes les plus graves, on note une hypertrophie irrégulière et une sclérose du tissu conjonctif sous-cutané, avec diverses proliférations, même verruqueuses du corps papillaire.

Au début du processus, il est parfois possible de sentir par la palpation des tubérosités ou des bandes indurées. Plus tard, le tégument et le tissu sous-cutané sont abondamment infiltrés de sérosité; dans les cas très avancés, les muscles eux-mêmes, jusqu'au périoste, donnent la sensation de bourrelets durs.

Les **causes** de ces altérations sont le plus souvent des in-

flammations du tissu conjonctif de la peau à la suite d'eczéma, d'érysipèle, souvent accompagnées de phlébites et de lymphangites ; l'oblitération des vaisseaux lymphatiques et des veines est la cause efficiente des troubles que nous venons de mentionner. L'affection n'affecte pas exclusivement les membres inférieurs ; on peut l'observer aux membres supérieurs, au scrotum, aux lèvres vulvaires.

L'épiderme qui recouvre les masses de tissu conjonctif sclérosé est souvent nécrosé, d'où la production d'ulcérations anfractueuses, à bords abrupts et calleux, entourées de tissu cicatriciel, de proliférations papillomateuses et de peau eczématisée.

Note additionnelle.

[L'éléphantiasis n'arrive à la période d'état qu'après une période préparatoire caractérisée soit par des poussées de lymphangite réticulaire, soit par des attaques répétées d'érysipèle in situ.

Les déformations des régions atteintes sont portées au maximum d'intensité dans l'éléphantiasis observé souvent endémiquement dans les pays tropicaux. C'est dans cette forme qu'on a vu le pied hypertrophié comme un pied d'éléphant, le scrotum énorme et tombant jusqu'aux genoux.

Anatomiquement, on constate une sclérose fibreuse, dure, infiltrée d'un peu de sérosité, qui occupe toute l'épaisseur des tissus de la peau à l'os ; cette sclérose avec œdème infiltré englobe les vaisseaux qui, dans le derme, présentent des lésions diffuses de péri-vascularite et de vascularite oblitérante avec thromboses multiples (endo- et périphlébite, endo- et périlymphangite), empêchant la circulation de retour du sang veineux ou de la lymphe.

Pathogéniquement, ces altérations vasculaires sont primitives, fondamentales, et relèvent habituellement d'assauts répétés du streptocoque (Sabouraud l'a d'ailleurs constaté dans le sérum sanguin recueilli à la surface de lésions éléphantiasiques). La porte d'entrée cutanée est le plus souvent une fissure ou une ulcération (eczéma, lupus, ulcère variqueux ou syphilitique).

On a invoqué, particulièrement dans la pathogénie de l'éléphantiasis des pays tropicaux, l'action non plus du streptocoque, mais de la *filaire du sang*, qui a été constatée dans le sang et les ganglions lymphatiques (Manson) ; dans ces cas, on trouve, en même temps que la pachydermie des

membres, une tuméfaction du scrotum parcouru de nombreux cordons, cylindriques ou moniliformes qui sont des lymphatiques ectasiés par obstruction en aval du fait des parasites (*lympho-scrotum*). Mais il n'est pas établi que la filaire soit à incriminer dans toutes les formes d'éléphantiasis des pays chauds.

La pachydermie peut être améliorée par le massage, la compression avec la bande de caoutchouc ; on a vanté l'électricité (Aranjo, Moncorvo).]

Sclérodermie.

La *sclérodermie* est une affection chronique, où la peau altérée prend une consistance dure, ligneuse et présente une raideur toute spéciale. Elle s'observe surtout sur des zones localisées à la partie supérieure du corps ; elle peut aussi se diffuser sur des territoires étendus. Elle siège le plus souvent au visage, au cou, à la partie supérieure de la poitrine ou du dos, aux membres supérieurs, plus rarement à l'abdomen et aux membres inférieurs.

La peau des régions malades est dure et adhérente aux couches sous-jacentes. L'extension de la lésion se fait par champs irréguliers, par stries, par bandes ou d'une manière diffuse. La surface est brillante, ou d'un rouge brun mat ; on voit alterner des plaques blanchâtres avec des taches irrégulièrement pigmentées en brun foncé. Les mains sont en général livides, cyanosées ; l'adhérence intime de la peau aux tissus sous-jacents, étreint les muscles, les articulations, et entrave ainsi les mouvements. Lorsque la face est atteinte, elle prend un aspect raide ; les lèvres et les paupières perdent leur mobilité, le nez est effilé ; tout le visage paraît pétrifié, de marbre, suivant l'expression classique de Kaposi.

Les articulations des membres sont peu mobiles, parfois pas du tout ; les doigts sont raidis en demi-flexion ; toute tentative pour mobiliser les jointures est, au même titre que la pression sur la peau, douloureuse. La sensibilité tactile n'est pas notablement altérée, les fonctions sécrétoires de la peau, sa température ne sont pas abaissées.

L'extension de la maladie se fait le plus souvent sans règle ; elle a parfois suivi le trajet de distribution de nerfs périphériques ; on a même décrit des localisations hémilatérales, comme pour le zona, le long de divers nerfs.

Le début de l'affection passe souvent inaperçu, les patients n'éprouvant encore qu'une sensation de tension à la peau; parfois cependant le processus s'annonce par des douleurs musculaires et articulaires, ou bien par une vive rougeur avec tuméfaction œdémateuse qui peut persister pendant des semaines jusqu'à l'établissement de la sclérose cutanée.

Ces divers stades peuvent rétrocéder tôt ou tard, les foyers scléreux disparaître, et le retour à la normale être complet. D'autres fois, l'affection récidive, les foyers prennent une extension progressive, qui conduit au stade atrophique de la sclérodermie, état absolument incurable ; la peau est alors mince, parcheminée, les follicules sont atrophiés ainsi que les glandes ; la pâleur brillante et l'adhérence aux couches profondes persistent sans se modifier. Le pannicule adipeux disparaît à son tour, et les muscles eux-mêmes s'atrophient (*atrophie par inaction*).

Au niveau des points de saillie, la peau s'irrite souvent, s'ulcère et même se gangrène.

A cette période atrophique se développent parfois des altérations des articulations, du périoste et des os.

Ce n'est qu'après plusieurs années, que survient de l'amaigrissement, un état marastique de plus en plus grave ; mais la mort est le plus souvent le fait d'affections intercurrentes.

Le **diagnostic** de la sclérodermie se fait aisément par les altérations caractéristiques de la peau. On ne pourrait faire de confusion qu'avec la maladie d'Addison où la peau n'est pas sclérosée, et avec le Xeroderma pigmentosum, mais celui-ci se distingue par ses manifestations carcinomateuses.

L'**étiologie** de la sclérodermie n'est pas encore élucidée: plus fréquente chez la femme que chez l'homme, cette affection a été mise sur le compte d'altérations des nerfs périphériques, d'autant que parfois, comme nous l'avons dit, elle suit dans sa distribution topographique, le trajet des nerfs. On a aussi décrit des altérations vasculaires, et on a supposé que la sclérodermie prenait son point de départ dans une inflammation.

Traitement. — Il faut avant tout prescrire un régime fortifiant, des toniques, des bains simples ou médicamenteux. *A l'intérieur*, on peut donner de l'iodure de potassium, du salicylate de soude. *Localement*, ce qu'il y a de

plus efficace, c'est le massage des régions atteintes avec une pommade salicylique ou un corps gras quelconque. Plusieurs auteurs recommandent l'emploi des courants continus.

Note additionnelle.

[Besnier distingue trois formes de sclérodermie : la sclérodermie diffuse, la sclérodermie à marche lente et extensive, la sclérodermie localisée.

a) **Sclérodermie diffuse** (*sclérémie* d'Alibert, *sclérodermie œdémateuse* de Hardy) ; présente deux formes :

1° *Aiguë*, rare, caractérisée par le développement d'un œdème dur, ne donnant pas de godet à la pression ; bientôt la peau, à ce niveau, prend la consistance du marbre. Plus tard, atrophie des mêmes régions. Cette forme peut guérir en quelques mois.

2° *Lente*, plus habituelle. Après une période prodromique (fièvre, douleurs), vient une phase œdémateuse de courte durée, puis une phase de sclérose à progression lente.

b) **Sclérodermie à marche lente et extensive** (Ball, Charcot, Liouville, Hallopeau).

Période prèsclérodermique, de plusieurs années, crises d'asphyxie locale (aux doigts de préférence).

Puis, sclérodermie, indurations cutanées symétriques, de la face ou des extrémités, à limites peu nettes.

A la face, masque de cire, rétraction, induration du nez, des lèvres, des paupières, des joues, des oreilles ; atrophie de la langue fixée au plancher buccal.

Aux doigts (*sclérodactylie*), peau collée à l'os, ongles détruits, phalangettes atrophiées ou disparues ; peau livide, présentant souvent des bulles, des tournioles, des points de gangrène (*Sclérose mutilante*).

A la longue, marche ascendante de la sclérodermie ; extension aux membres supérieurs, fixés en flexion par les brides fibreuses, au thorax (cuirasse scléreuse).

Il y a souvent de la pigmentation au niveau des plaques sclérodermiques, ou sur leur bordure.

Le malade évolue vers la cachexie, avec sclérose viscérale (cardiaque, rénale, intestinale, utérine).

c) **Sclérodermie localisée :**

1° Forme en plaques, bandes, ou stries. — Aspects divers selon les régions : de chéloïdes (thorax), de stries dures et

saillantes (abdomen : vergetures scléreuses), de bandes rétractiles (membres).

2° *Morphée* (*chéloïde blanche* d'Addison, *morphœa alba* d'Hilton Fagge, Erasmus Wilson).

Taches ovalaires d'une teinte lilas; le centre prend peu à peu un ton vieil ivoire, une consistance parcheminée, et dure de peau congelée; il n'y a ni poils, ni glandes. Les taches sont encerclées d'un mince liseré pigmenté, comme dessiné à l'estompe (Besnier), encadré lui-même par une mince zone lilas (*Lilac ring*).

Il y a en général 1 à 2, 3 plaques, siégeant au dos, à la poitrine, à la face, aux bras, aux cuisses; elles ne sont ni douloureuses, ni anesthésiques.

Elles régressent lentement.

Anatomiquement, les plaques sclérodermiques présentent au niveau du derme un feutrage scléreux, dense, de l'hypertrophie des muscles lisses; les papilles sont aplaties ou disparues, les glandes et les poils atrophiés.

Toutes ces altérations sont commandées, comme l'ont bien établi R. Crocker, P. Meyer, Méry, Dinkler, Wolters par une lésion vasculaire précoce: artérite (péri-, méso-, endardérite, avec thrombose consécutive), avec phlébite oblitérante. (Marianelli a toutefois signalé des cas sans lésions vasculaires.) Même endopériatérite scléreuse dans les muscles, les viscères ; ostéite raréfiante des os (phalanges).

Les nerfs cutanés, les troncs nerveux, les ganglions spinaux, le sympathique ont été le plus souvent trouvés indemnes. Arnozan, Jacquet et Saint-Germain ont décrit des altérations de l'axe médullaire.

La **nature** de la sclérodermie reste encore bien obscure, d'autant que les conditions étiologiques n'ont rien de précis. Affection rare, notablement plus fréquente chez la femme, la sclérodermie semble germer sur le terrain arthritique (antécédents de rhumatisme, goutte) ou nerveux (hystérie, migraines, maladie de Basedow); on l'a vue coïncider avec le tabes, éclater après une vive émotion morale.

On a invoqué le rôle provocateur d'un coup de froid, d'un traumatisme portant sur les artères.

On a incriminé l'habitat dans des lieux humides.

Rappelons que Zambaco fait de la sclérodactylie et de la morphée, avec l'ainhum, les amputations congénitales et certains cas de maladie de Raynaud, des formes diverses de manifestations lépreuses.

Comme **traitement**, Brocq recommande l'électrolyse; Darier s'est bien trouvé en plusieurs circonstances de la médication salicylique (usage interne du salicylate de soude ou de méthyle; applications locales de salicylate de méthyle).]

Sclérême des nouveau-nés.

On observe chez les nouveau-nés, le plus souvent dans les premiers mois de la vie, une induration du tissu cellulaire sous-cutané, précédée par un œdème, qui occupe les pieds et les jambes; de ce siège, l'induration gagne en un à deux jours le reste du corps. En même temps, la température s'abaisse, et l'enfant succombe le plus souvent en deux à dix jours. Il y a souvent des complications de malformations cardiaques, d'affections des voies respiratoires et digestives; les enfants étaient en général en état de débilité congénitale.

Myxœdème.

Cette affection, plus fréquente dans le sexe féminin, se présente sous l'aspect d'une tuméfaction généralisée des divers segments du corps, avec épaississement et induration de la peau; elle occupe la face, le tronc, les membres, parfois aussi la langue et le voile du palais; les mains et les doigts sont déformés à des degrés divers.

Cette maladie détermine un affaiblissement marqué de toutes les fonctions et des facultés intellectuelles; les patients tombent dans l'idiotie, perdent le sens du goût et de l'odorat; ils deviennent incapables de penser et de travailler. Ils succombent souvent à une lésion cardiaque ou rénale.

Cette affection est caractérisée par l'accroissement du tissu muqueux de la peau, des muscles et même des organes internes.

[Nous renvoyons pour plus amples détails aux traités de médecine (1); rappelons seulement qu'à côté du myxœdème des adultes (W. Gull, 1873) il faut placer l'*idiotie myxœdémateuse des enfants* (Bourneville, 1880), que la maladie

(1) *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel et Gilbert, t. III, art. Myxœdème par E. Gaucher et C. Barbe et *Traité des maladies de l'enfance*, par D'Espine et Picot. Paris, 1900, p. 350.

des adultes semble résulter de l'atrophie du corps thyroïde, celle des enfants de l'absence de ce même organe ; opinion confirmée par le fait du développement du myxœdème après la thyroïdectomie (*cachexie strumiprive* ou *myxœdème opératoire* de Reverdin (1882), Kocher (1883), et par les résultats favorables obtenus à la suite de la greffe du corps thyroïde de mouton (Horsley) ou de l'ingestion de ce même tissu.]

Près de ces processus divers, se placent **l'œdème cutané** et **l'anasarque**, qui relèvent de troubles circulatoires ; ce sont des symptômes secondaires, et non des maladies primitives de la peau. On les trouvera décrits avec les affections dont ils dépendent.

Atrophie de la peau.

I. **Atrophie partielle de la peau. Vergetures.** — Les *vergetures* s'observent le plus souvent à l'âge moyen de la vie, chez des malades atteints d'hydropisie, d'anasarque, chez les femmes enceintes, et dans les cas où, par une accumulation rapide de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané, la peau se trouve distendue ; dans tous ces cas, les couches de tissus profonds s'écartent, et la peau elle-même s'amincit. Ces vergetures sont d'abord d'un rouge bleuâtre, plus tard elles deviennent blanches, brillantes et semblables à des cicatrices (*vergetures atrophiques*).

[Rappelons les vergetures du thorax chez les pleurétiques, les tuberculeux, les vergetures des régions trochantériennes et au niveau des genoux chez les convalescents de fièvre typhoïde (Bouchard). Troisier et Ménétrier ont montré que l'altération anatomique, caractéristique de la vergeture, était la rupture des fibres élastiques du derme.]

Sous la pression prolongée d'un bandage herniaire, sous la pression d'une tumeur intérieure à développement progressif, la peau s'hyperhémie, l'épiderme tombe abondamment; à la longue, la peau s'atrophie, et peut se nécroser et s'ulcérer, si la pression s'exagère.

[Vidal et Leloir ont décrit, comme *atrophie partielle idiopatique*, une affection rare, de nature indéterminée, consistant en taches arrondies disséminées sur le tégument, au niveau desquelles la peau est amincie et laisse parfois voir par transparence les vaisseaux sous-jacents.]

II. Atrophie généralisée de la peau. C'est une lésion fréquente de la sénilité, c'est l'involution sénile de la peau et de ses annexes. Plusieurs processus pathologiques encore mal définis peuvent également produire l'atrophie cutanée diffuse.

La peau prend une minceur extraordinaire, un aspect de papier à cigarettes froissé, l'élasticité est perdue, et les plis qu'on provoque ne se déplissent que lentement ; les veines dilatées se voient par transparence comme des lignes bleuâtres. La sécrétion des glandes sudoripares n'est conservée qu'en quelques régions (parties génitales, creux axillaire, face). Les poils font défaut ; il n'en persiste que quelques-uns çà et là, lanugineux. L'examen histologique a montré que la forme progressive de l'atrophie cutanée est précédée d'un processus inflammatoire chronique qui se déroule principalement dans le derme, et qui conduit à l'atrophie du corps papillaire, des glandes sébacées et sudoripares, des poils, avec augmentation du tissu conjonctif dans les couches profondes du derme.

Xérodermies.

I. Xéroderma pigmentosum. — Kaposi, qui a le premier décrit cette affection, a attiré l'attention sur la malignité qui lui est spéciale. C'est une maladie congénitale, dont les premières manifestations se produisent dès l'âge le plus tendre, rarement plus tard. Sa caractéristique consiste en une apparition de taches pigmentaires jaunâtres ou brunâtres, analogues aux éphélides, séparées par des îlots de peau blanche, qui ont souvent l'aspect de cicatrices varioliques, avec dépression légère, et qui laissent voir des vaisseaux un peu dilatés. La peau prend une apparence desséchée, parcheminée, atrophique, adhère fortement aux couches sous-jacentes, et se plisse difficilement ; les télangiectasies sont punctiformes ou allongées ; leur melange aux taches pigmentaires, aux cicatrices blanchâtres, donne au tégument un coloris bariolé.

Le Xéroderme atteint le visage, le cou, le dos de la main, les avant-bras, les épaules, la poitrine, rarement les jambes et le dos des pieds.

Plus tard, les petits vaisseaux disparaissent, la peau est semée de dépressions atrophiques blanches, et finit par se

rétracter en masse. L'épiderme participe à cette atrophie, il se détache en minces lamelles, se fendille; il en résulte des altérations eczématiformes, des rhagades, des ulcérations peu profondes; les orifices de la bouche et du nez se rétrécissent, les paupières inférieures se déforment en ectropion.

Cette maladie se différencie des éphélides par sa marche progressive, rapide, et la transformation atrophique continue du tissu cutané.

Les altérations des vaisseaux consistent en néo-formation des uns, atrophie des autres; en même temps leur endothélium prolifère. A ces lésions, s'ajoute une prolifération du tissu conjonctif des papilles et des prolongements épidermiques interpapillaires; puis les papilles s'atrophient, [tandis que les prolongements interpapillaires vont subir la dégénérescence épithéliomateuse]. Cette tendance à la formation de lésions carcinomateuses ou sarcomateuses donne à la maladie un cachet tout spécial.

Les néoplasies malignes peuvent se constituer en quelques mois; on les voit au visage, au pavillon de l'oreille, sous forme de verrues, qui prolifèrent et dégénèrent; la cachexie ne tarde pas à s'établir et à amener la mort. Militent, en faveur de l'origine héréditaire de cette affection, son apparition précoce dans l'enfance, son développement constaté chez plusieurs enfants d'une même famille.

Traitement. — Aucune méthode n'a donné jusqu'ici de succès positif; il faut se borner en somme au traitement symptomatique, opérer dès qu'on le pourra les néoplasies. mais sans qu'on puisse espérer obtenir des résultats définitifs. [Il est recommandé aux malades d'éviter l'action du froid et des rayons solaires qui exagèrent les lésions. Il est exceptionnel qu'ils atteignent la trentaine.]

B. Kaposi a décrit, comme *xérodermie*, une atrophie de la peau des extrémités, qui débuterait dans le jeune âge, et ne se distinguerait d'ailleurs que par cette apparition précoce, de la sclérodermie atrophique; cette atrophie cutanée entraîne l'impotence des membres atteints.

Fibrome molluscum, molluscum pendulum. — Le *molluscum pendulum* se présente sous forme de tumeurs arrondies, le plus souvent pendantes, à base peu large, qui donnent à la palpation une sensation de mollesse pâteuse, sont parfois plus fermes, et sont revêtues d'une peau nor-

male. Elles siègent de préférence à la tête, au tronc, mais peuvent aussi occuper d'autres régions du corps : on en a vu à la fois des centaines, de dimensions diverses. Les fibromes volumineux gênent par la tension qu'ils déterminent, par l'entrave qu'ils apportent aux mouvements, par les phénomènes inflammatoires qu'ils peuvent provoquer, par la gangrène du tégument dont ils peuvent se compliquer. Ce sont des excroissances de tissu conjonctif, parties des couches fibreuses du chorion, ou des gaines des nerfs (*neurofibrome*) ; formées d'abord de tissu conjonctif mou, gélatineux, elles deviennent ensuite fibreuses. Leur pédicule renferme des vaisseaux. La peau est soudée au sommet de la tumeur, et forme une sorte de bourse qui englobe celle-ci.

Selon la tension, la traction exercée par la tumeur, la peau subit des altérations diverses de ses glandes, de son revêtement épidermique ; parfois la tumeur est détachée par un processus d'inflammation, d'ulcération ou de gangrène.

Cette affection est considérée comme héréditaire ; les tumeurs s'observent dès l'enfance. Hebra a attiré l'attention sur l'affaiblissement physique et intellectuel des enfants qui en sont porteurs.

Le traitement est exclusivement chirurgical.

[Le fibrome molluscum est décrit par certains auteurs comme un nævus : *nævus molluscoïde;* il coïncide d'ailleurs fréquemment avec des nævi divers, et peut, comme certains d'entre eux, aboutir à la transformation épithéliomateuse.

Dans le groupe que nous étudions, Recklinghausen a isolé sous le nom de *neurofibromatose* une variété décrite avant lui comme fibrome molluscum généralisé ; les tumeurs ont les caractères indiqués ci-dessus et sont multiples, au nombre de plusieurs centaines ; mais de plus on trouve des taches pigmentaires multiples, planes, véritables nævi pigmentaires. C'est dans ces cas qu'on observe l'insuffisance de développement psychique signalé plus haut par Mraceck, avec affaiblissement physique.

Anatomiquement, les tumeurs siègent sur le trajet des nerfs, développées aux dépens de leurs gaines. Il y a des cas frustes, *sans fibromes cutanés, ni nerveux* (Thibierge), avec taches pigmentaires seulement, et sans tumeurs sur le trajet des nerfs.]

Lipomes (tumeurs graisseuses). — Ces tumeurs n'ap-

paraissent qu'à un âge avancé ; elles sont lobulées, de consistance semi-élastique, molle, le plus souvent multiples; leur base d'implantation est large; parfois cependant les lipomes sont pédiculés et même pendants. La peau qui les revêt est d'aspect normal, et s'altère rarement sous la traction exercée par les tumeurs.

Le **traitement** est purement chirurgical (1).

Xanthome. Xanthélasma. Vitiligoïde. — Le xanthome est une petite tumeur circonscrite, peu saillante au-dessus du niveau de la peau, souvent bossuée.

Le *xanthome plat* a l'aspect de taches jaune soufre ou jaune paille, de consistance mollasse ; il s'observe le plus souvent aux angles internes, et aussi externes des yeux, aux oreilles, au nez, même à la muqueuse buccale. Chez la femme, il se produit à la ménopause ; chez l'homme, il apparaît à un âge avancé ; il n'incommode nullement ceux qui en sont porteurs.

Le *xanthome tubéreux* forme des tumeurs dont les dimensions varient entre celles d'un grain de mil, d'un haricot, d'une noisette ; de consistance dure, ces tumeurs ont une structure inégale, lobulaire. Leur coloration est rouge à la base, jaunâtre au sommet. Elles siègent au niveau des régions articulaires, aux doigts, aux coudes, aux genoux, au cou, à la région sacrée et au siège ; on en a même rencontré sur les muqueuses et dans les organes intérieurs (endocarde, paroi de l'aorte, etc.).

Anatomiquement, le xanthome est une tumeur conjonctive, caractérisée par la présence de cellules spéciales disséminées dans la trame (*cellules de xanthome*).

L'étiologie du xanthome n'est pas encore élucidée ; il accompagne souvent l'ictère, les maladies du foie, le diabète : ce dernier paraît une des causes les plus favorables à l'apparition du xanthome tubéreux. Dans notre cas (planches XLIV et XLIV, *a*) nous avons vu deux fois la disparition des nodules du xanthome coïncider avec la disparition de la glycosurie, consécutivement à une cure de Carlsbad ; la réapparition coïncidait également avec le retour de la glycosurie.

(1) Voy. *Traité de chirurgie clinique* par le Dentu et P. Delbet, t. I, art. Tumeurs, par Delbet.

Traitement. — Le xanthome plat s'enlève chirurgicalement avec une grande facilité.

Quand les xanthomes sont multiples, il faut toujours dépister et traiter un trouble de l'état général (affection du foie, goutte, diabète, peutosurie, néphrite) ; un traitement général dirigé contre une de ces affections a plus d'une fois, sans autre intervention, guéri le xanthome.

Brocq recommande l'huile phosphorée et l'huile de térébenthine, prises à l'intérieur.

Note additionnelle.

[Le xanthome (*plaques jaunes des paupières de Rayer*) présente, pour Besnier, trois variétés principales : le xanthome *plan* ou *xanthelasma*, le xanthome *tubéreux*, le xanthome *en tumeurs*.

La coïncidence du xanthome et de l'ictère est fréquente; même, dans les cas où les malades ne présentent pas d'ictère vrai, il n'est pas rare d'observer une teinte brunâtre de la peau, sans pigmentation des muqueuses, ni des conjonctives, sans pigments biliaires dans les urines (*xanthochromie* : Besnier).

Anatomiquement, les cellules xanthelasmatiques (Chambard) sont de grosses cellules, disséminées ou réunies en amas au sein du tissu conjonctif néo-formé ; elles sont remplies de gouttelettes ou de granulations graisseuses, parfois de cristaux gras ; Tœrœk en fait des sortes de cellules adipeuses, arrêtées dans leur développement par leur siège, anormal et probablement congénital, dans le derme. Parfois, on rencontre (Balzer) soit dans le tissu conjonctif, soit dans les cellules du xanthome, des débris de fibres élastiques (*xanthome élastique*). Pour Darier (*Congrès de Londres*, 1896), ce n'est pas un xanthome, c'est un *pseudo-xanthome élastique ;* les taches, plaques, papules jaunâtres restent localisées dans les plis de flexion des grandes articulations; la peau à leur niveau a perdu son élasticité. Il n'y a ni cellulles xanthomateuses, ni granulations graisseuses, mais seulement une désagrégation complète du réseau élastique (*élastirrhexis*).

Le xanthome s'observe quelquefois au niveau du foie, de la rate, des voies biliaires ; on a vu parfois des nodules xanthomateux faire bouchons dans les voies biliaires et déterminer à la longue une cirrhose hypertrophique biliaire par rétention.

En dehors de ces faits, les lésions hépatiques observées en coïncidence avec le xanthome sont des plus diverses (cirrhoses atrophique ou hypertrophique, kyste hydatique, foie diabétique, etc.).

La **pathogénie** du xanthome est des plus obscures : pour Potain, il s'agirait d'une oxydation incomplète des graisses sous la dépendance d'une lésion hépatique ; pour Touton, Tœrœk, c'est une néoplasie bénigne due à la multiplication des cellules embryonnaires génératrices de graisse.

Cette opinion est appuyée sur ce fait que le xanthome peut s'observer dès la naissance, ou dans la première enfance, et qu'on peut constater plusieurs cas dans une même famille (*xanthome juvénile*).

Quant aux relations du xanthome et du diabète, elles sont encore ignorées.]

Dermatomyomes. — Les *myomes* sont rarement observés à la peau ; on les constate autour des mamelons, au scrotum, à la face externe des bras ; ils constituent des tumeurs dures, de la grosseur de petits pois, mobiles avec la peau, qui est fortement pigmentée à leur surface, sans présenter d'ailleurs d'autre altération.

Ces tumeurs ne sont pas en général douloureuses à la pression ; quelquefois cependant elles sont devenues très sensibles et spontanément douloureuses.

Elles résultent de la prolifération de fibres musculaires lisses, accompagnée d'hypertrophie du tissu conjonctif intermusculaire et ambiant ; elles naissent au niveau des muscles érecteurs des poils. Dans quelques tumeurs, on a constaté de nombreuses anses vasculaires et des filets nerveux ; c'est dans ces cas probablement qu'elles sont particulièrement douloureuses.

Angiomes.

A. Télangiectasies (Nævi vasculaires). — Les *télangiectasies* ou Nævi vasculaires sont des dilatations, le plus souvent congénitales, des capillaires et des petits vaisseaux sanguins de la peau. Elles se présentent avec une coloration variant du rouge au bleu foncé, selon que l'ectasie porte de préférence sur les petits vaisseaux ou sur les fins capillaires.

Les petites ectasies sont fréquemment disséminées sans rè-

gle sur le tronc; les ectasies étendues siègent au visage (région temporale), à la lisière du cuir chevelu, à la nuque (Planche XLI, *a*) mais peuvent aussi occuper des surfaces plus ou moins grandes sur le reste du corps. D'après Simon, les télangiectasies répondraient aux territoires de distribution de nerfs cutanés. Les grandes télangiectasies sont le plus souvent unilatérales et se développent en largeur ; on comprend que les mères aient souci de les faire disparaître chez les nouveau-nés qui en sont porteurs.

Nous avons parlé précédemment des ectasies vasculaires par stase veineuse. Les dilatations veineuses forment souvent des tumeurs du volume d'un œuf, du poing, gênant alors les malades par les phénomènes inflammatoires dont elles se compliquent. Elles s'observent aux membres inférieurs (*dilatations variqueuses*), au plexus spermatique (*varicocèle*), aux veines hémorrhoïdales (*hémorrhoïdes*) ; elles doivent être enlevées chirurgicalement (Ligature élastique de Dittel, anse galvanique, excision).

[Les *Nævi vasculaires* (*hématangiones cutanés*) offrent trois variétés principales :

a) *Nævi vasculaires plans* : taches ou plaques rouges ou bleuâtres, pâlissant par la pression, augmentant de coloration par les cris, les efforts. Siègent à la nuque (tache rouge des petits enfants), à la face, sur les muqueuses.

b) *Nævi vasculaires tubéreux*: petites saillies bosselées, mûriformes ou framboisiformes. Quand elles sont volumineuses et facilement turgescentes, elles forment les *tumeurs érectiles*.

c) *Nævi vasculaires verruqueux.*

Les nævi vasculaires, congénitaux, s'accroissent souvent dans les premiers mois ou les premières années ; plus tard, ils restent stationnaires, peuvent parfois disparaître spontanément, d'autres fois au contraire s'accroître en grandes taches (taches de vin de la face). Parfois un nævus de la face envahit les muqueuses buccales, la langue, la conjonctive : c'est *l'anévrysme cirsoïde* qui comprime les organes profonds.

En dehors du dicton qui les attribue à des *envies* de la mère pendant la grossesse, nous ne savons rien de l'étiologie des nævi.

On les traite, dès qu'ils menacent de s'étendre, par la

vaccination pratiquée à leur niveau, les scarifications, les cautérisations à la pointe galvanique, l'électrolyse (1).]

[Il faut rapprocher des nævi l'*angiokératome* (Dubreuilh, Mibelli, Pringle), caractérisé par la présence à la face dorsale des doigts ou des orteils de petites élevures purpuriques que surmontent des saillies verruqueuses; les mains sont cyanotiques, atteintes d'engelures l'hiver. Cette affection débute dans les premières années de la vie, et augmente ultérieurement. On a signalé des cas multiples dans une même famille.]

B. **Lymphangiomes.** — *Les petits vaisseaux lymphatiques* de la peau sont fréquemment dilatés, du fait d'un obstacle à l'écoulement de la lymphe (thrombose des gros canaux, tuméfaction des ganglions où ils affluent). Parfois, les capillaires lymphatiques ectasiés se rompent, en donnant issue à la lymphe qui suinte constamment. On a vu la compression exercée par un bandage herniaire déterminer de sérieuses dilatations des vaisseaux lymphatiques.

Les ectasies des *gros vaisseaux lymphatiques* forment des nodosités incluses dans une peau tuméfiée ; ces dilatations variqueuses sont accompagnées d'une néoformation de vaisseaux lymphatiques dans le chorion. Ces lymphangiomes noueux s'observent surtout au scrotum, au pénis; les ectasies des *petits vaisseaux lympathiques*, accompagnées de tuméfaction et d'hypertrophie de la peau, peuvent s'étendre à des parties entières du corps, par exemple aux deux membres inférieurs ; elles constituent un *elephantiasis lymphangiectode*, qui est l'analogue de la *pachydermie* ou *elephantiasis par ectasie veineuse.*

[Les *varices lymphatiques* (des petits vaisseaux) peuvent s'observer, comme l'ont montré Tenneson et Darier, à la muqueuse buccale ; quel qu'en soit le siège, elles forment des élevures vésiculeuses, analogues à des grains de sagou cuit, communiquant entre elles.]

Lymphangiome tubéreux multiple. — Sous ce nom, Kaposi a décrit une affection caractérisée par la présence de nodosités, disséminées en grand nombre sur le tronc, la région cervicale, du volume de lentilles ; les unes sont arron-

(1) Voy. *Traité de chirurgie clinique et opératoire* par le Dentu et P. Delbet. Paris, 1896, art. Nævus, par J.-L. Faure.

dies, d'autres allongées, toutes d'un rouge brunâtre, déplaçables avec la peau. Comme je n'ai jamais observé moi-même cette dermatose rare, je renvoie à la description de Kaposi. [Cette affection est vraisemblablement identique aux *Adénomes sudoripares* de Darier et Jacquet (*cellulome épithélial éruptif* de Quinquaud, *syringocystadénome* de Tœrœk et Unna). C'est une affection, qui débute dans le jeune âge et dure toute la vie. Les auteurs discutent encore sur sa nature.]

Rhinosclérome.

Le *rhinosclérome* est une affection spéciale du nez, décrite en 1870 par Kaposi et Hébra. Il met une extrême lenteur à intéresser, avec la peau du nez, les cartilages et les tissus voisins ; de là, il peut se propager à la partie postérieure du voile palatin, à l'isthme des fosses nasales, même au larynx et à la trachée ; il s'étend par contiguité seulement.

Le rhinosclérome se développe en général à l'âge de la puberté, chez des sujets modérément robustes. Bien qu'il ne soit pas héréditaire, il n'en est pas moins vrai qu'il ne se produit généralement que chez des sujets en quelque sorte prédisposés. C'est tout d'abord une aile du nez ou la cloison, qui est atteinte par la maladie ; la forme du nez s'altère peu à peu sans qu'on observe de symptômes inflammatoires bien marqués. Le nez s'élargit, paraît raide ; la prolifération interne des parois produit des sténoses et même l'occlusion complète du conduit nasal. Après quelques mois, la maladie occupe tout le nez, depuis la lèvre en avant jusqu'à l'orifice postérieur des fosses nasales en arrière.

Le tableau de la maladie est variable selon les cas : tantôt on voit des bourrelets, des nodules saillants ; tantôt on note des épaississements étalés, plus ou moins stratifiés, de la peau et des cartilages.

La coloration passe par les diverses gammes du rouge : c'est le plus souvent le rouge brun ou le rouge bleuâtre qui domine. La surface de la lésion, lisse, brillante, est finement ridée et sillonnée de vaisseaux. La périphérie, encore intacte, garde les caractères de la peau normale.

Les mouvements des lèvres sont entravés, en même temps que la cavité nasale se rétrécit. On observe des déformations,

des étranglements de l'isthme des fosses nasales, qui rappellent les lésions syphilitiques. Ces déformations, l'occlusion du nez, le rétrécissement de l'orifice supérieur du larynx et de la fente buccale sont pour le malade la source d'ennuis multiples. D'ailleurs, les points affectés sont douloureux à la pression, et les patients peuvent souffrir pendant des années, sans que l'état général soit directement altéré.

Dans la plupart des observations, le rhinosclérome est considéré comme une lésion inflammatoire, dans laquelle les produits d'infiltration sont en partie susceptibles de se résorber, en partie voués à la transformation fibreuse.

Depuis leur découverte par Frisch, on a constaté d'une manière constante, dans le tissu pathologique, des *bacilles* spécifiques. Paltauf et Eiselsberg ont trouvé les bacilles enfermés dans des capsules, ou dans des masses protoplasmiques, répondant aux *cellules de rhinosclérome* décrites par Mikulicz, ou à des noyaux dégénérés. Les bacilles du rhinosclérome sont longs de 2 à 3 μ; ils affectent aussi la forme de cocci ovoïdes, encapsulés, souvent réunis en diplocoques, et presque identiques au pneumo-bacille. Les tentatives de transmission aux animaux sont jusqu'à présent demeurées sans résultat.

Le **pronostic** de cette affection est d'autant plus sérieux, qu'aucun traitement n'en peut enrayer l'évolution.

Il sera parfois utile de détruire chirurgicalement des adhérences, des proliférations susceptibles d'entraver les fonctions des organes.

[Le rhinosclérome peut se propager aux os : voûte palatine, bord supérieur du maxillaire supérieur, d'où chute des dents, même aux os du crâne (d'où compression de l'encéphale). Potiquet a signalé un cas à début par le pavillon de l'oreille.

Alvarez, dans un travail en collaboration avec Cornil, a trouvé un microbe très analogue à celui de Fritsch dans l'indigo, qui résulte de la fermentation d'une plante (Indigofera tinctoria) : serait-ce par cette plante que l'homme serait contaminé?

Des procédés thérapeutiques multiples ont été appliqués au rhinosclérome : râclage, injections interstitielles d'acide salicylique (Lang), de solution arsenicale (Stoukowenkoff); les récidives sont habituelles. Dans un cas de Wickham, Péan pratiqua avec succès une large extirpation qui fut masquée par un appareil prothétique. Contre l'atrésie na-

sale, Besnier recommande des applications de flèches au chlorure de zinc.]

[**Adénomes sébacés.** — On distingue deux variétés :

a) *Adénome sébacé acquis* (Balzer et Ménétrier). — Petites tumeurs, du volume d'une grosse tête d'épingle, ressemblant absolument à des grains de sagou cuits, et donnant à la piqûre une gouttelette de liquide incolore. Siègent au front, à la base du nez, au sillon naso-génien.

b) *Adénome sébacé congénital* (Pringle). — Saillies d'un jaune rougeâtre, présentant à leur surface de petites télangiectasies ; siégeant au visage, au sillon naso-génien, au pourtour de la bouche. (Darier les considère comme des nœvi vasculaires verruqueux.)]

XI. TUMEURS MALIGNES DE LA PEAU

La peau est souvent le siège de néoplasies malignes qui s'y développent primitivement, ou y sont transportées d'un autre organe par métastase ; les tumeurs de cette dernière variété sont plus développées que les autres, et servent souvent à diagnostiquer un cancer viscéral latent.

Le chapitre des tumeurs malignes de la peau est encore l'objet de nombreuses controverses ; on le trouve réparti entre les traités de chirurgie et d'anatomie pathologique (1), mais il est souvent réservé au dermatologiste d'en observer les étapes initiales.

Parmi ces tumeurs de la peau, les plus fréquemment observées sont les *sarcomes*, et les *néoplasmes analogues*, et *certaines formes de carcinomes*. Les recherches cliniques et histologiques récentes ont fait exclure du groupe des sarcomes bien des tumeurs. Kaposi réunit sous le nom de *tumeurs sarcoïdes* le mycosis foncoïde, la lymphodermie pernicieuse, la sarcomatose cutanée, tout en se rendant compte de la difficulté qu'il y a à comprendre dans la même catégorie des processus de structure aussi dissemblable.

(1) Voy. *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de le Dentu et P. Delbet, tome 1, art. Tumeurs de la peau, par J.-H. Faure ; — Coyne, *Traité d'anatomie pathologique*, Paris, p. 290.

A. — Leucémie et Pseudo-Leucémie. Lymphodermie pernicieuse. Mycosis fongoïde.

Au cours de la **leucémie** on peut observer soit des tumeurs, soit des infiltrations diverses de la peau, qui, à en juger par leur aspect extérieur, semblent appartenir au mycosis fongoïde, ou au sarcome. Paltauf (Compte-rendu du 2e congrès international de dermatologie) insiste sur ce fait que le développement des tumeurs est précédé et accompagné d'une affection organique générale, et qu'on peut, par l'examen du sang, dans le cas de leucémie vraie, diagnostiquer précocement la nature des tumeurs et infiltrations de la peau. Cet examen fera reconnaître une énorme augmentation des globules blancs, une diminution plus ou moins marquée du nombre des globules rouges, avec affaiblissement de leur teneur en hémoglobine.

Toutefois il faut bien tenir compte de ce fait que des altérations semblables ont été constatées parfois dans le mycosis fongoïde et aussi dans la sarcomatose cutanée.

Kaposi décrit sous le nom de **Lymphodermie pernicieuse** une affection caractérisée par le développement, au milieu de placards eczémateux, d'infiltrations et de nodosités qui siègent au visage, au tronc, aux membres; l'envahissement du front, des oreilles, des lèvres, donne au malade le facies léonin. Il s'agit de lésions de *nature leucémique*, sous forme de tumeurs ou d'infiltration diffuse dans le tissu cellulaire sous-cutané. La peau qui recouvre ces altérations est *eczémateuse*. En même temps qu'augmente la pâleur générale du sujet, certaines nodosités deviennent ulcéreuses ; les ganglions lymphatiques et la rate se tuméfient. La mort est le terme habituel de cette maladie, au bout de quelques mois.

A l'autopsie, il est habituel de trouver des tumeurs leucémiques au niveau de la plèvre et d'autres viscères, de même que dans la peau et les glandes.

Dans la **pseudo-leucémie**, on observe, au niveau de la peau, des productions analogues ; à la suite d'éruptions urticariennes ou eczémateuses, des nodosités se développent dans le tissu sous-cutané. Les troubles fonctionnels, la marche sont analogues à ce qu'on observe dans la leucémie : seul l'état du sang est différent.

Le **Mycosis fongoïde** (Alibert) est une affection cutanée, à marche chronique, mais progressive, caractérisée par le développement d'infiltrations ou de tumeurs, qui tantôt prolifèrent rapidement, tantôt aussi peuvent se résoudre complètement. On divise, pour l'étude, la marche de la maladie en plusieurs périodes.

Le **début** se fait par l'apparition de plaques prodromiques, érythémateuses et eczémateuses, très démangeantes, au niveau du tronc et des surfaces de flexion des membres, au niveau du visage (surtout du front). L'épiderme, à ce niveau, est le siège d'exfoliations ou de croûtes épaisses. Outre le prurit, le malade souffre d'une insomnie qui peut se prolonger des mois entiers.

Peu à peu apparaissent des foyers d'infiltration, dont les uns s'évanouiront ensuite complètement, d'autres ne guérissant qu'au centre et s'étendant par leur périphérie; ainsi se développe l'état appelé par Kœbner *stade d'infiltration.* A côté des placards d'infiltration apparaissent encore des nodosités rouges, du volume de lentilles, de haricots, développées peu à peu en tumeurs hémisphériques qui atteignent les dimensions d'une orange; leur couleur est alors brun pâle ou rouge foncé; la surface de la tumeur est froncée avec un centre légèrement déprimé ; la consistance, dure au début, devient mollasse par la suite. Les tumeurs elles-mêmes sont susceptibles de se résoudre en quelques jours, ne laissant de leur présence que des traces pigmentaires ; mais le plus souvent, elles dégénèrent, se nécrosent, et se transforment en ulcérations facilement saignantes. Dès lors, les malades, dont la santé générale s'était relativement conservée, dépérissent rapidement, tombent dans le marasme, et finissent le plus souvent par succomber. Les ganglions lymphatiques restent indemnes. Dans quelques cas rares, on a constaté, à l'autopsie, dans les organes internes, de nombreuses tumeurs blanchâtres du volume de haricots.

L'**examen histologique** des tumeurs de mycosis fongoïde montre qu'il s'agit de proliférations cellulaires autour des vaisseaux, à la base des papilles, autour des glandes et des follicules pileux ; on voit un tissu extrêmement riche en cellules qui se substitue au derme et à la couche papillaire; les cellules, rondes, sont agglomérées irrégulièrement dans une trame conjonctive fibrillaire ; Paltauf pense que le stroma est formé en majeure partie de faisceaux conjonctifs du derme dissociés et écartés. L'épiderme est

d'abord dilaté, plus tard aminci ; il ne présente pas de processus de prolifération.

Unna fait remarquer que ce tissu mollasse, relâché, peut donner facilement asile à des parasites qui provoquent la nécrobiose et peuvent déterminer une infection septique généralisée ; les bacilles ou cocci, trouvés dans les tumeurs, sont en effet considérés comme des témoins d'une infection secondaire, et non comme les agents primordiaux de la maladie.

La plupart des auteurs s'accordent à placer les tumeurs du mycosis fongoïde entre les tumeurs granulatoires et les sarcomes, opinion en faveur de laquelle militent la bénignité relative, l'involution spontanée de ces tumeurs, leur faible tendance à se généraliser par métastase.

Le **traitement** comporte des applications d'agents réducteurs (résorcine, chrysarobine, acide pyrogallique), avec des cures arsenicales persévérantes. Les méthodes chirurgicales ne semblent pas favorables.

Note additionnelle.

[Depuis Alibert qui lui a donné son nom de mycosis fongoïde, cette affection a été étudiée par de nombreux auteurs ; si les caractères cliniques en sont aujourd'hui bien connus, il n'en est pas de même, nous le verrons, de l'anatomie pathologique et de la pathogénie qui prêtent encore à controverse.

Bazin décrivait dans l'évolution du mycosis trois stades : eczématiforme, lichénoïde, des tumeurs ; Gaucher n'en distingue que deux : période des éruptions prémycosiques, période des tumeurs ; Gilbert (*Tr. de médecine*, t. III, 1899) en différencie quatre : eczémateuse, lichénoïde, de tumeurs, d'ulcération.

Au début, éruptions de plaques érythémateuses, ortiées ou eczémateuses, disséminées. Caractère essentiel : prurit intense. — Parfois, *érythrodermie généralisée,* presque scarlatiniforme (Besnier, Hallopeau).

Ces éruptions vont et viennent ; le grattage favorise l'inoculation de pyogènes.

Plus tard, transformation des plaques initiales en *plaques lichénoïdes*, rugueuses ; souvent épaisses comme des bosselures d'érythème noueux, elles déforment les régions

atteintes. Mêmes caractères de disparition spontanée, de récidives.

Après un temps variable, qui peut atteindre 10, 20 ans, apparition sur les placards prémycosiques de *tumeurs*, du volume d'une noisette jusqu'à celui du poing, de forme hémisphérique, ou en arcs de cercle, rouges, lobulées, reposant sur une base dure qu'entoure une rainure; elles sont dures ou molles, se déplacent sur le tissu sous-cutané.

Deux formes : *a*) *type Vidal-Brocq* : tumeurs limitées à un point du corps le plus souvent, et *non précédées d'éruptions prémycosiques ; b*) *type Bazin* : éruptions préalables, tumeurs disséminées.

On a vu des tumeurs mycosiques au pharynx, au palais. Résorption spontanée fréquente, totale ou partielle (dans ce dernier cas, on voit fréquemment la partie non résorbée prendre un nouvel essor); ou, à la longue, ulcération.

Ulcère mycosique : fongueux, suppurant, circonscrit par un bourrelet, à bords à pic en dedans, à bords mousses en dehors ; ce bourrelet constitue la zone d'envahissement. Cicatrisation parfois totale ; d'autres fois, cicatrisation d'une partie de l'ulcère, tandis qu'il s'accroît par une autre; d'autres fois, extension continue en profondeur (dissection des parties molles, mise à nu des gros vaisseaux, jusqu'à l'os).

Lésions viscérales exceptionnelles, en dehors de la tuméfaction de la rate.

Pas de leucocytose dans le sang, sauf dans les cas de Philippart, Nachter, Kaposi, Leredde et Danlos (112.500 leucocytes par millimètre cube).

Marche : lente, traversée de rémissions parfois longues ; évolution en 3, 6, 10 ans et plus ; on a signalé des cas terminés en 6 mois. Mort par cachexie progressive (on cite deux cas de guérison : Bazin et Kœbner).

Anatomie pathologique.

a) *Eruptions prémycosiques* : lésions de *l'épiderme* et de la couche papillaire ; rien dans le derme.

Infiltration extrême de cellules rondes dans les papilles, la couche épineuse de l'épiderme ; dilatation des capillaires des papilles.

b) *Tumeurs* : lésions du *derme ;* nombreuses cellules dans les mailles d'un réseau de fibrilles (*tissu adénoïde*) ; on discute sur la nature des cellules : les uns en font des leuco-

cytes, d'autres des cellules embryonnaires, des cellules analogues à celles du sarcome, du myxome. Leredde et Weil les considèrent comme des *plasmazellen* (variété de cellules conjonctives).

Le corps muqueux de Malpighi est seulement gonflé, hypertrophié.

L'étiologie, est totalement inconnue ; c'est une maladie de l'âge adulte (Landouzy a observé un cas chez un enfant de 7 mois).

Traitement. — Arsenic sous toutes les formes (injections interstitielles de cacodylate de soude) ; Brocq a eu de bons résultats des injections hypodermiques de naphtol camphré dans les tumeurs.]

Note additionnelle.

[Existe-t-il des rapports entre les manifestations cutanées de la leucémie et de la pseudo-leucémie, la lymphodermie pernicieuse de Kaposi et le mycosis fongoïde ?

La majeure partie des auteurs contemporains est uniciste (Ranvier, Malassez, Debove, Thibierge, Gilbert, etc.). Ils considèrent ces divers états comme des manifestations d'un même processus : c'est la **Lymphadénie cutanée**, dans laquelle on distingue deux ordres de faits :

a) **Lymphadénie cutanée sans leucocytémie, aleucémique** : c'est le cas le plus fréquent : le *mycosis fongoïde* est le type le plus caractérisé de ce groupe ; *b*) **Lymphadénie cutanée leucémique**, absolument exceptionnelle ; c'est la *lymphodermie pernicieuse* de Kaposi, ce sont les cas de Philippart, Nachter, Leredde.

D'autres auteurs, au contraire (Gaucher surtout), isolent absolument le mycosis de la lymphadénie cutanée ; Gaucher en fait une néoplasie du groupe des tumeurs embryoplastiques, voisine des *sarcomes globo-cellulaires*, et probablement d'origine infectieuse. Rindfleisch le considère comme un *sarcome lymphadénique myxoïde*.

Dans ces dernières années, on a cherché à rattacher le mycosis, comme toute la lymphadénie d'ailleurs, aux maladies infectieuses. Ce n'est pas qu'on n'ait rencontré des microbes dans les tumeurs mycosiques : cocci (Gaucher : inoculations négatives ; stretocoques : Rindfleisch, Auspitz, Traversa et Maffucci, Leredde, Sabouraud) ; mais ces pa-

rasites n'ont rien de spécifique, et ne sont vraisemblablement que des agents d'infection secondaire. Histologiquement, Leredde et Weil rapprochent la structure des tumeurs mycosiques de celle du lupus et des néoplasies syphilitiques ; ils en font un *granulome infectieux.*

B. Sarcomes.

Le véritable *sarcome cutané* revêt le type du *sarcome mélanique*; il est constitué par des tumeurs, nées le plus souvent au niveau d'un nævus verruqueux, qui, en quelques semaines, atteignent le volume d'un petit pois, d'un noyau de cerise, même au delà ; douloureuses, d'une coloration bleue foncée, elles sont d'abord dures, ensuite plus molles. Pendant que les ganglions lymphatiques se tuméfient, les tumeurs primitives se réunissent en placards d'un bleu noirâtre. Des néoplasies métastatiques se développent dans les organes internes, et une cachexie progressive ne tarde pas à amener la mort. Ces mélanosarcomes sont des *angiosarcomes de structure alvéolaire*, avec dépôts pigmentaires dans les cellules et entre elles.

Une autre forme de sarcomatose cutanée est le *sarcome généralisé primitif, hémorrhagique.* Je ne l'ai jamais observé pour mon compte; voici en résumé la description qu'en donne Kaposi : sans cause connue, se produisent, aux pieds d'abord, des tumeurs du volume de noisettes, bleuâtres, fermes, élastiques, faisant une saillie globuleuse, isolées ou parfois groupées, à surface lisse. Plus tard, les néoplasmes envahissent les jambes, les bras, le tronc; les ganglions lymphatiques se tuméfient, et enfin les tumeurs atteignent les muqueuses et les organes internes. Certaines de ces tumeurs peuvent rétrocéder spontanément.

Kaposi attribue la pigmentation des néoplasmes à des hémorrhagies capillaires dans leur masse.

La maladie évolue en 3 à 8 ans; des tumeurs nouvelles, arrondies, d'un rouge bleuâtre, se développent de la périphérie vers le centre. Les pieds et les mains sont gonflés, farcis de tumeurs, douloureux à la pression. Il n'est pas rare, pendant ce temps, de voir d'anciennes tumeurs se résoudre en laissant à leur place des dépressions cicatritielles pigmentées; la dégénérescence est plus rare. La

mort survient au milieu de symptômes fébriles, de diarrhée sanguinolente, d'hémoptysies, dans le marasme.

A l'autopsie, on trouve dans les poumons, le foie, la rate, le cœur, et surtout, au niveau du rectum, des tumeurs riches en sang.

Le **traitement** des sarcomes est essentiellement chirurgical ; dans le sarcome pigmentaire, on peut essayer le traitement arsenical, seule méthode qui ait jusqu'à ce jour donné des résultats favorables (Kœbner), [car dans cette variété, les interventions opératoires sont désastreuses].

[Les tumeurs du sarcome généralisé primitif sont constituées par un amas de cellules rondes, isolées ou groupées en îlots, traversé par de nombreuses lacunes sanguines qui sont des formations vasculaires nouvelles, à parois embryonnaires et friables ; de là, des hémorrhagies interstitielles fréquentes et la coloration des tumeurs par du pigment sanguin, différent de la mélanine du sarcome mélanique.

Il faut ajouter une autre variété de sarcome non mélanique, le *sarcome primitif localisé ;* il naît le plus souvent au niveau d'un nævus irrité, et débute aux pieds, à l'index, à la paupière : il est formé d'une tumeur dure, un peu irrégulière, de coloration normale ou rougeâtre ; la tumeur peut s'étendre le long des vaisseaux lymphatiques (Hallopeau). L'ulcération est la règle, et alors les ganglions correspondants s'engorgent. La généralisation est le plus souvent très tardive.

Cette tumeur, formée de cellules rondes et de cellules fusiformes, peut guérir par l'ablation chirurgicale.]

C. Cancer épithélial

(*Epithélioma cancroïde. Ulcus rodens. Cancer de la peau. Cancer des ramoneurs.*)

La peau est souvent affectée de cancer : tantôt il est primitivement cutané; d'autres fois, d'abord sous-cutané, il envahit ultérieurement le tégument; d'autres fois encore il y est secondairement importé, par métastase, d'un organe primitivement atteint.

La forme la plus habituelle des cancers cutanés est le *cancer épithélial*, qui est également le type du cancer cutané primitif. Au début, c'est une petite tumeur, aplatie, dure,

ou bien une prolifération diffuse, irrégulière, ou bien encore une néoplasie développée originairement dans le tissu conjonctif sous-cutané. Les productions sont caractérisées par la présence de *corpuscules du cancroïde* (*boules perlées, globes épidermiques*), qui sont un conglomérat de cellules épithélioïdes ; ces globes forment de petits nodules durs, d'un rouge pâle ou d'aspect cireux, situés à la surface de la tumeur et qui peuvent être facilement extirpés et énucléés. Le cancer peut persister à l'état de tumeur aplatie, verruqueuse, pendant des annés entières, avant que se développent à la périphérie de nouvelles nodosités. Quand la masse dégénère, elle forme une ulcération peu profonde, sécrétant peu de liquide, qui se dessèche, et qui finit par être fermée par une cicatrice mince (*ulcus rodens*). Parfois, le centre est cicatrisé, mais à la lisière il se développe une bordure de consistance ferme, qui s'étend excentriquement et qui est parsemée de corpuscules de cancroïde.

Lorsque la cicatrice centrale et la bordure renferment du pigment, c'est la variété dite : *cancer des ramoneurs*.

Le processus peut durer 10, 20 ans ; il détermine des rétractions diverses, des altérations consécutives de la peau, sans que l'état général du sujet soit en rien altéré.

Certaines formes prennent l'aspect de *tumeurs noueuses*, s'étendant en profondeur jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané ; elles finissent par s'ulcérer à leur centre. Les ulcérations dégénèrent rapidemment en même temps qu'elles s'étendent par leur périphérie ; elles peuvent d'ailleurs cicatriser au centre, en sorte qu'on peut observer en ces cas une cicatrice brillante, vascularisée, entourée d'une couronne de tissu cancéreux nouveau.

Dans d'autres variétés, la prolifération épithéliale a le caractère *papillomateux;* elle dégénère rapidement: c'est la forme maligne du cancer.

Le **siège** le plus fréquent du cancer épithélial est la face (paupières, nez, lèvres, plus rarement front et joues) ; le plus dangereux est le cancer des paupières qui les détruit, envahit la conjonctive et peut compromettre gravement le globe oculaire (Planche LV*a*). Les cancers du nez, des lèvres peuvent gagner les muqueuses nasale et buccale ; d'ailleurs, l'épithelioma s'observe primitivement sur ces deux muqueuses, ainsi qu'au rectum ; les épaississements leucoplasiques de la muqueuse des joues et notamment de celle de la langue sont fréquemment, après quelques années, le

point de départ de cancer. Au pénis, autour de l'urèthre peuvent se développer des épithéliomas qui envahissent le corps caverneux, et se transforment en ulcérations plus ou moins grandes (Planches LIV et LV). Les vaisseaux lymphatiques du pénis et les glandes inguinales participent à la dégénérescence ; ils se tuméfient d'abord en masses dures, indolentes, qui peuvent ensuite se nécroser. Le cancer des organes génitaux externes de la femme et du vagin présente une évolution analogue ; il est souvent confondu avec des lésions syphilitiques (Planche LIII).

Le cancer de la peau s'observe d'ordinaire à un âge avancé; il est souvent consécutif à des ulcérations qui granulent lentement, à des cicatrices de syphilis, de lupus, aux ulcérations des pieds, aux verrues, aux épaississements leucoplasiques dont il a été fait mention plus haut. Comme nous l'avons dit, il peut durer 10, 20 ans, avant que se développent, surtout dans la forme papillomateuse, une dégénérescence terminale, des adénopathies volumineuses ; dès lors, les malades tombent dans le marasme final.

Le *cancer lenticulaire* peut s'observer au niveau de la peau; c'est notamment le cas du cancer du sein, qui s'étend au thorax et détermine une infiltration cutanée diffuse qui entoure le thorax comme d'une cuirasse(*cancer en cuirasse*, Planche LII).

Traitement. — Avant tout, interventions d'ordre chirurgical; quand celles-ci seront impossibles, on aura recours aux autres méthodes : destruction par les caustiques (acides lactique, acétique, nitrique, chlorure de zinc, arsenic et pâtes arsenicales), destruction par le thermocautère, la curette. Le traitement par la pyoctanine, celui par la cancroïne d'Adamkiewicz sont aujourd'hui abandonnés. Pour l'ulcus rodens, on fera des pansements à la résorcine, à l'acide pyrogallique, en poudres ou en pommades. Lassar préconise les injections sous-cutanées arsenicales.

Note additionnelle.

[Il faut distinguer dans l'**Epithélioma cutané** ou **cancroïde** trois formes : *épithélioma superficiel* ou *ulcus rodens*, *épithélioma papillomateux*, *épithélioma profond*.

a) *Ulcus rodens*. —Siège de prédilection : front, angle interne de l'œil, nez. Début par de petites granulations rou-

geâtres et dures, réunies en un placard irrégulier. Ultérieurement, ulcération. Caractères de l'ulcère constitué: superficiel, à bords indurés et à pic, à fond granuleux sécrétant un peu de liquide desséché de suite. Souvent cicatrisation du centre seulement ; parfois cicatrisation totale après 10, 20 ans ; enfin souvent extension en surface, plus rarement en profondeur. Ni adénopathie, ni généralisation viscérale, ni atteinte de l'état général. Récidive opératoire fréquente.

b) *Epithélioma papillomateux* : forme fréquente. Siège en un point quelconque de la face, du cuir chevelu, aux organes génitaux (gland, prépuce), même au tronc et aux membres.

Début par une petite tumeur papillomateuse, qui, à la longue, s'ulcère: ulcère à bords durs, à pics, éversés, semés de globes épidermiques énucléables par pression.

Envahissement fréquent des tissus profonds, des muqueuses voisines.

Adénopathie habituelle. Mort, parfois avec généralisation.

c) *Epithélioma profond* : plus rare.

L'épithélioma naît soit des cellules épidermiques profondes (E. lobulé), soit des glandes de la peau, des follicules (E. tubulé).

C'est une maladie de l'âge avancé (après 40 ans), souvent héréditaire.

Elle apparaît fréquemment sur un nævus, une ulcération ou une cicatrice de varices, de syphilis, lupus, brûlures, etc. ; sur une verrue plane sénile, sur un placard d'acné sébacée concrète, sur une lésion leucoplasique.

L'importance provocatrice des irritations répétées est hors de doute : cancer des lèvres du fumeur de pipe, cancer du scrotum des ramoneurs (action de la suie), cancer des avant-bras, mains, pieds, du scrotum chez les paraffineurs (action irritante des huiles lourdes de pétrole, de la paraffine brute).

La **pathogénie** de l'épithélioma cutané est aussi obscure que celle de tous les cancers en général. L'origine parasitaire reste des plus douteuses, malgré les observations de Malassez, Albarran, Darier, Dubreuilh (psorospermies), de Soudakewitch.

Le **traitement**, que contre-indique seulement une extension trop considérable et trop rapide de la lésion consiste en destruction, soit par la *cautérisation ignée*, soit

par les *caustiques chimiques* (pâte de Vienne, pâte arsenicale de Mance), soit par le *râclage* à la curette. Gaucher recommande, une fois l'opération destructive achevée, de panser la plaie consécutive par des lotions de solution de chlorate de potasse à 6 0/0 ou des applications de pommade au chlorate de potasse à 6 pour 30, voire même de poudre de chlorate de potasse; nous avons eu plusieurs fois l'occasion, cette année même, de constater les excellents résultats de cette méthode.

Tout dernièrement, Gaucher a essayé le chlorate de magnésie.

Récemment, Cerny et Trunecek ont préconisé des badigeonnage de la surface cruentée de l'épithélioma avec une solution arsenicale, de la formule :

Acide arsénieux .	1
Alcool éthylique }	$\widetilde{aa}$ 75
Eau. . . . . }	

Sous l'influence de ces badigeonnages, le tissu cancéreux se transforme en eschares ; dès ce moment, on remplace la solution primitive par la suivante :

Acide arsénieux .	1
Alcool . . . . }	$\widetilde{aa}$ 40
Eau . . . . . }	

Quand l'eschare se détache, elle laisse une plaie granuleuse qui est pansée antiseptiquement. Les auteurs précités ont publié des cas de guérison remarquables (voir *Semaine médicale*, 22 mars 1899.]

XII. — DERMATOSES MICROBIENNES

[Le chapitre, dont nous abordons maintenant l'étude, est vraisemblablement appelé à prendre dans l'avenir, avec les progrès des recherches bactériologiques, une extension de plus en plus considérable ; chemin faisant, l'étude des dermatoses jusqu'ici décrites dans ce livre, nous a montré que, pour bon nombre d'entre elles, c'est dans le sens de l'infec-

tion microbienne que sont dirigées les enquêtes pathogéniques : rappelons les séborrhées, les acnés, les érythèmes simples, polymorphes, ortiés, purpuriques, les herpès, les pemphigus, les eczémas, etc., jusqu'à l'épithélioma. Toutefois, nous ne sommes pas encore en droit de faire rentrer toutes ces dermatoses dans le cadre des maladies microbiennes ; le présent chapitre est donc limité aux seules maladies cutanées dont la nature microbienne semble jusqu'à ce jour établie d'une façon probante.]

A. Furoncle

Le plus souvent, le furoncle est consécutif à une pustule d'acné, ou à une inflammation d'un follicule et des tissus ambiants. Il débute par une nodosité dermique, inflammatoire, dure et douloureuse; cette nodosité prend la forme d'un cône dont la pointe porte une pustulette superficielle, souvent centrée par un poil ; la pustule se crève et se dessèche en croûte ; après 3 ou 4 jours, on peut, en pressant le furoncle, faire sortir un bouchon purulent, infiltré dans la profondeur de la peau (*bourbillon*) ; il sera préférable de faire une incision ; l'ouverture se ferme peu à peu en bourgeonnant.

C'est un vieil aphorisme, qu'un clou ne va jamais seul ; ou bien on en constate plusieurs simultanément, ou bien ils se succèdent chez le même individu (*furonculose*) ; cette pullulation est souvent favorisée par des petites excoriations de l'épiderme (gale, phtiriase, acné, eczéma). Mais la cause véritable de la furonculose est infectieuse ; cela explique l'apparition de plusieurs clous sur le même individu, aussi bien que le développement simultané de furoncles chez plusieurs personnes vivant ensemble (Planche XXXII).

Les staphylocoques sont les agents pathogènes du furoncle.

[Signalons le traitement récent de la furonculose par l'ingestion de levûre de bière (Brocq).]

B. Anthrax.

L'anthrax siège de préférence à la nuque, au dos, aux reins au visage ; il diffère du furoncle par ses dimensions

plus grandes, les douleurs plus vives qu'il occasionne. L'anthrax est une inflammation du tissu cellulaire, qui prend l'aspect d'une tuméfaction dure, douloureuse, du volume d'une noix jusqu'à un poing d'enfant, et qui s'ouvre après un temps assez long par plusieurs pertuis ; quelquefois, la peau se nécrose en une eschare sèche comme du cuir. La fièvre en général intense, les douleurs font de cette maladie une affection grave ; quand l'infiltration inflammatoire ne cesse de s'étendre, la mort est à redouter par pyémie. [Rappelons la gravité spéciale de l'anthrax chez les diabétiques.]

C. Impetigo.

L'impetigo contagiosa ou parasitaria faciei est une affection qui ressemble à l'eczéma ; elle consiste dans l'apparition de pustules, auxquelles succèdent des croûtes réunies en placards irréguliers ; autour des placards, on note des taches érythémateuses, des folliculites, des tuméfactions de la peau.

Bien qu'on n'ait pas encore trouvé le microbe de cette maladie, il faut croire à sa contagiosité, en raison de la facilité avec laquelle elle se transmet. Nous avons observé l'impetigo chez des sujets jeunes ; les éléments étaient nombreux et disséminés sur le visage, le cou, le thorax, les avant-bras (Planches XXVII, XXVIII et XXVIII *a*).

Note additionnelle.

[L'*impetigo* est une affection qui résulte de l'inoculation cutanée des microbes pyogènes, et s'observe surtout chez l'enfant, particulièrement chez les lymphatiques qui offrent un terrain de culture favorable. L'inoculation est favorisée par les petits traumatismes que provoque le grattage ; les ongles sont les agents d'ensemencement ; cela explique que l'impetigo succède souvent à la phtiriase, à la gale, à l'eczéma.

Devergie a montré le premier que l'impetigo est contagieux ; cette opinion fut longtemps méconnue, jusqu'à ce que T. Fox, Kaposi décrivissent comme une forme spéciale l'impetigo contagiosa ; aujourd'hui il est admis que l'impetigo est toujours contagieux (cas multiples dans les familles, transmission de l'enfant à la nourrice, épidémies d'école).

Il est *autoinoculable* (de la peau aux lèvres, aux conjonctives) et *inoculable* expérimentalement (Fox, Vidal).

Il débute par une tache prurigineuse, bientôt couverte d'une pustule lenticulaire, blanchâtre; cette pustule se rompt bien vite, et son contenu se concrète en croûtes jaunâtres, *melicériques*, fragiles, sous lesquelles on trouve une surface humide; une sécrétion visqueuse refait de nouvelles croûtes. Quand le travail de reproduction des croûtes prend fin, la maladie se termine sans laisser de cicatrice; au cuir chevelu, elle détermine parfois des plaques alopéciques.

Les pustules d'impetigo sont disséminées ou groupées; à la face, chez l'enfant, elles forment souvent par leur coalescence un véritable masque (*impetigo larvalis*) du front, des joues, du menton ; au cuir chevelu, les croûtes englobent les cheveux et se fragmentent en grains accolés aux poils (*impetigo granulata* de la phtiriase).

L'impetigo détermine souvent de grosses adénopathies satellites.

L'affection évolue rapidement (15 jours en moyenne). Elle peut durer plus longtemps, quand elle est accompagnée ou compliquée de tournioles, d'abcès, d'ecthyma, quand elle atteint la muqueuse de la bouche et des lèvres (stomatite impétigineuse de Sevestre et Gastou, fréquente chez les rubéoliques); elle est en général apyrétique et retentit rarement sur l'état général.

L'impetigo relève des microbes pyogènes (Bockardt, Dubreuilh : staphylocoques; Kurth, Leroux, Balzer et Griffon invoquent le streptocoque; Sabouraud n'admet que le staphylocoque).

Traitement. — Faire tomber les croûtes (compresses boriquées humides, compresses imbibées d'une solution au 500ᵉ de sulfate de cuivre, d'*eau d'Alibour* (Sabouraud), vieille préparation dont voici la formule :

Sulfate de zinc	70
Sulfate de cuivre	20
Camphre.	10
Safran	4
Eau.	2 litres.

Les croûtes tombées, applications d'emplâtre rouge de Vidal, de pommades d'oxyde de zinc et acide borique, de vernis (stérésol). Un traitement tonique sera souvent utile.]

D. Ecthyma.

[L'ecthyma est une dermatose pustuleuse qui résulte de l'inoculation des couches profondes de la peau par les pyogènes.

C'est le plus souvent une affection de sujets débilités : vieillards, enfants cachectiques, brightiques, diabétiques, convalescents de fièvre typhoïde, de variole, de scarlatine. Dans d'autres cas, elle succède à des inoculations directes par grattage (gale, phtiriase, eczéma surtout variqueux, prurigo); certaines professions y prédisposent (cavaliers, épiciers, raffineurs, etc.).

L'ecthyma est contagieux ; on a vu des épidémies transmises par des vêtements, des bassins contaminés. Il est auto-inoculable au porteur, et inoculable sur les sujets sains (Vidal).

Il débute par une *tache* prurigineuse, dont le centre s'indure bientôt en *papule* ; puis cette papule devient une *vésicule*, transformée elle-même dès le 2e ou 3e jour en *pustule* ; la lésion définitivement établie est une pustule du diamètre d'une lentille jusqu'à une pièce de 0.50, reposant sur une base circulaire dure et rouge. Vers le 6e, 7e jour, la pustule se rompt, et le liquide qu'elle renfermait se concrète en une croûte brunâtre, épaisse, adhérente, sous laquelle on trouve une couche de pus recouvrant une ulcération.

Quand la lésion prend fin, elle laisse comme traces une cicatrice souvent pigmentée à la périphérie.

Le *rupia* n'est qu'une variété d'ecthyma où les croûtes sont particulièrement épaisses, stratifiées, ostréacées.

L'ecthyma détermine parfois, surtout chez les cachectiques, les enfants, des ulcérations assez profondes (*Ecthyma térébrant*) ; cette variété se complique souvent de fièvre et même d'*albuminurie* par néphrite infectieuse (Augagneur).

Les autres formes d'ecthyma déterminent volontiers du retentissement ganglionnaire. L'ecthyma s'observe surtout aux membres inférieurs, aux fesses, au dos.

D'après les travaux récents (Thibierge et Bezançon, Balzer et Griffon) l'ecthyma relève exclusivement du *streptocoque* ; le staphylocoque, quand il est observé, est un agent d'infection secondaire.

Dans des cas d'ecthyma térébrant, Ehlers, Triboulet et Tollemer ont observé le bacille pyocyanique : ce sont là des faits exceptionnels.

Le **traitement** consiste, comme pour l'impetigo, à faire tout d'abord tomber les croûtes par des applications humides; cela fait, recouvrir les lésions de disques d'emplâtre de Vidal ou de pansements antiseptiques.]

E. Erysipèle.

L'**érysipèle** est une maladie infectieuse avec troubles de l'état général : elle peut débuter en un point quelconque du corps. A ce niveau, la peau est tuméfiée, l'épiderme tendu, brillant, d'un rouge vif. Cette inflammation peut s'étendre progressivement par sa périphérie, et il est parfois possible de prévoir jusqu'où s'étendra le processus. La région malade est sensible au toucher, surtout à son pourtour qui est souvent très douloureux. L'érysipèle ne s'étend pas toujours par progression régulière; il envoie parfois des prolongements isolés, en bande; d'autres fois, du foyer primitif, il saute sur un autre point où il développe un nouveau placard; il n'est pas rare, aux membres, de le voir s'étendre, en suivant les trajets des vaisseaux lymphatiques, sur toute leur surface.

L'érysipèle *migrateur* est une variété qui guérit sur un point, tandis qu'elle avance sur un autre. L'érysipèle frappe souvent à nouveau des parties guéries. Il y a des formes sérieuses, avec production de vésicules et de bulles (érysipèle *bulleux*), qui, dans les cas graves, peuvent déterminer la *gangrène* de la peau.

Le *streptococcus erysipelatus* (Fehleisen) est l'agent certain de cette affection : on est arrivé à produire, par l'inoculation de cultures pures de ce microbe, des érysipèles typiques.

La forme la plus fréquente de l'érysipèle est *l'érysipèle de la face*, qui apparaît à l'orifice nasal à la suite d'une écorchure à ce niveau, ou à l'angle de l'œil, ou en un point quelconque où une éraillure épidermique permet l'inoculation infectieuse; de là, l'affection envahit la face, les oreilles, le cuir chevelu, parfois même le cou et le tronc. La tuméfaction érythémateuse de la peau s'accompagne d'un malaise profond, de fièvre avec augmentation de la température et

exacerbations vespérales jusqu'à 40°. Dans les érysipèles très étendus de la tête, les malades sont soporeux, souvent délirants ; les alcooliques présentent fréquemment du delirium tremens.

L'expérience nous apprend que les *récidives* de l'érysipèle sont des plus fréquentes : cela tient probablement à la persistance du streptocoque dans les tissus, ou à des infections itératives par les vêtements. Les érysipèles à *répétition* laissent souvent après eux un épaississement du tissu cellulaire, de l'éléphantiasis. Dans l'érysipèle du cuir chevelu, l'alopécie est une conséquence fréquente.

L'érysipèle se termine par une desquamation lamelleuse de l'épiderme, ou la chute des croûtes qui ont succédé à la dessiccation des bulles.

On a remarqué que certains exanthèmes (syphilis, psoriasis, lupus) disparaissent pendant la période fébrile de l'érysipèle (*érysipèle salutaire* des Français).

Le **pronostic** dépend de la constitution du malade, de la gravité et surtout de la durée de l'affection.

Pseudo-érysipèles (*inflammations phlegmoneuses de la peau*) : souvent analogues et faciles à confondre avec l'érysipèle, ces affections résultent presque toujours de plaies cutanées, infectées primitivement ou secondairement. Elles débutent par des frissons, du tremblement, de la fièvre, pendant que se répand, sur des membres entiers, une tuméfaction douloureuse, dure, rouge ; très rarement, ce gonflement rétrocède ; le plus souvent, il se complique de suppuration du tissu cellulaire sous-cutané ; parfois ce tissu est nécrosé en masse par le processus pyogénique ; les muscles jusqu'aux os peuvent être ainsi sphacélés. Quand le phlegmon s'ouvre, on voit par l'orifice sortir une grande quantité de pus fétide, mêlé de débris de tissus. Les malades sont profondément déprimés par l'atteinte de l'état général et la gravité du processus local ; quand ils ne succombent pas dans la période aiguë de la maladie à la pyémie, ils peuvent mourir plus tard, à la suite d'une longue cachexie.

Traitement de l'érysipèle. — Combattre l'état fébrile (antipyrétiques, alcool) ; rechercher la porte d'entrée (pour l'érysipèle de la face, inspection minutieuse de la bouche, des cavités nasales ; ouvrir des abcès dentaires, ou traiter une rhinite, par où peut se faire l'infection).

Applications locales de solution d'acétate d'alumine ou de plomb ; badigeonnages du bourrelet et des parties adja-

centes saines à la teinture d'iode, au collodion simple ou à l'ichthyol (10 0/0), etc. Nous employons volontiers la pommade :

Iodoforme	30
Créoline	15
Lanoline . . . }	*āā* 30
Vaseline . . . }	

Parmi le grand nombre de médicaments préconisés, citons l'alcool absolu, appliqué en compresses renouvelées toutes les 15 à 20 minutes, et recouvertes de gutta-percha (von Langsdorf), le gaïacol mêlé à parties égales à l'huile d'olive, en badigeonnages (Maragliano), le traitement à l'huile de térébenthine (Lücke) : applications 4 à 5 fois par jour sur les parties malades avec un pinceau ou un tampon d'ouate.

F. Pustule maligne. Œdème malin.

Ces lésions cutanées résultent de l'inoculation de la *bactéridie charbonneuse*, transmise par les animaux malades (cheval, bœuf, mouton, cerf, chevreuil); l'inoculation se fait directement chez les individus en contact avec les animaux contagieux (cochers, garçons d'écurie, bergers) ou maniant des débris animaux; on sait en effet que les poils, les peaux peuvent recéler longtemps des bactéries, ou des spores qui présentent une résistance extraordinaire. L'infection peut succéder à des piqûres d'insectes, à des inoculations directes de la peau, plus rarement à l'inhalation de poussières sporifères, ou à l'ingestion de viandes charbonneuses.

Cette affection est toujours dangereuse; toutefois la pustule maligne cicatrise parfois spontanément, après élimination du tissu infiltré et quelques troubles légers de l'état général.

Note additionnelle.

[La **pustule maligne** (*feu persique, puce maligne*) est la manifestation la plus fréquente du *charbon humain*. Cette lésion, presque toujours *unique*, siège sur les parties découvertes, exposées à l'inoculation directe : face, cou, membres supérieurs.

Après une incubation de 2 à 3 jours, apparaît une *tache* ressemblant absolument à une piqûre de puce; elle se sur-

monte d'une vésicule un peu prurigineuse, que le grattage écorche.

Au 2e jour, le tout est transformé en une eschare jaune, puis brune, puis noire (*charbon*) à base indurée. Autour de l'eschare déprimée se soulève un bourrelet œdémateux, semé de vésicules pleines de liquide citrin, et disposées sur un ou plusieurs rangs (*aréole vésiculaire* de Chaussier); autour de la lésion, la peau est œdémateuse et luisante, parcourue quelquefois de traînées lymphangitiques (*racines du charbon*) ; les ganglions satellites sont douloureux.

La pustule maligne détermine quelques troubles de l'état général (fatigue, fièvre, anorexie).

Dans les cas très graves, après 3 à 5 jours, surviennent des signes d'infection générale, des douleurs articulaires, tandis que la peau et le tissu cellulaire voisins de la pustule sont envahis; on voit alors se produire des phlyctènes, des foyers de suppuration ou de gangrène, de l'infiltration gazeuse. Quand le malade succombe, c'est au 12e ou 15e jour, dans le collapsus algide.

Dans le cas de guérison, l'eschare se soulève et tombe du 10e au 20e jour, laissant une plaie suppurante, puis bourgeonnante; il reste à la fin une cicatrice blanche et déprimée.

La pustule maligne ne confère en rien l'*immunité*; nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis un malade qui en était à sa troisième atteinte.

L'*œdème malin* (Bourgeois) est beaucoup plus rare; il siège surtout aux paupières, plus rarement aux lèvres, à la langue, aux membres supérieurs.

Les paupières et la conjonctive, tuméfiées, sont infiltrées d'un œdème diffus, indolent, mou, puis plus dur ; il n'est pas rare, après 2 à 3 jours, de voir apparaître une eschare noirâtre surmontée de phlyctènes sanguinolentes (c'est une pustule maligne).

L'infection générale est la règle après 3 à 4 jours, et mène le malade à la mort.

La **cause** de ces lésions est le *bacillus anthracis*, dont Davaine a le premier constaté la présence dans le tissu d'une pustule maligne excisée, au niveau de la couche de Malpighi.

Koch a montré la présence constante, dans les couches plus superficielles de la lésion, de microbes associés (pyo-

gènes ou saprophytes), qui pourraient dans certains cas empêcher par concurrence vitale le développement du bacille charbonneux.

Le bacille se retrouve dans le derme, autour des follicules et des glandes sudoripares.

L'étiologie de la pustule maligne découle de ce que nous venons de dire : elle est la lésion d'inoculation, la porte d'entrée du bacille charbonneux sur la peau de l'homme ; la moindre solution de continuité facilite la pénétration du microbe.

Celui-ci vient des animaux charbonneux; la pustule s'observe particulièrement chez les vétérinaires, les bergers, les cochers, les maréchaux-ferrants, les équarrisseurs; les porteurs de viande sont affectés de pustule maligne à la nuque (précaution de porter un couvre-nuque).

La contamination se fait fréquemment par les spores du bacillus, persistant dans la *peau* des animaux charbonneux (mégissiers, tanneurs, cordonniers, fabricants de colle-forte), la *laine* (cardeurs de matelas, trieurs de laine), les *crins* (ouvriers en brosses), les *cornes* (aplatisseurs de cornes pour la fabrication des baleines de corsets).

Le **traitement** guérit dans la grande majorité des cas la pustule maligne.

On a préconisé l'extirpation, la cautérisation au fer rouge, aux caustiques chimiques. Aujourd'hui, on se contente de pratiquer chaque jour, autour de la pustule maligne, des injections hypodermiques de solutions phéniquées (à 1,5 0/0), de teinture d'iode pure (2 à 3 gouttes), de teinture d'iode étendue (15 à 20 gouttes). On panse en même temps la lésion antiseptiquement, et on administre des toniques.

Remarquons que la *vaccination pastorienne* a notablement réduit les cas de charbon animal, et par suite la transmission à l'homme.]

G. Perlèche.

[Petite affection, plus fréquente dans l'enfance, très contagieuse, et caractérisée par la présence, au niveau des commissures labiales, de fissures généralement superficielles, succédant à un léger soulèvement épidermique arraché. Cette affection se répare en quelques semaines, mais récidive très facilement (J. Lemaistre (de Limoges), P. Ray-

mond). Elle semble d'origine staphylococcique, et doit être traitée par des cautérisations légères (crayon de sulfate de cuivre).]

H. Clou de Biskra.

[Affection commune en Algérie, Tunisie, Egypte (*Bouton du Nil*), Syrie (*Bouton d'Alep*), Inde, etc. ; survenant pendant l'automne et l'hiver ; inoculable, auto-inoculable et récidivante ; siégeant sur les parties découvertes et la face ; formée d'une dizaine et plus d'éléments éruptifs sous forme de nodosités papuleuses, puis tuberculeuses, qui s'ulcèrent et se recouvrent chacune d'une croûte, sous laquelle on trouve du liquide séro-purulent. La lésion, constamment indolente, guérit en 6 ou 7 mois en laissant une cicatrice indélébile.

Cette affection semble relever d'un diplocoque, vu par Boinet et Dépéret, isolé dans le sang par Duclaux; Leloir, Chantemesse l'ont également retrouvé.

Le traitement consiste en pansements au sublimé (Moty).]

I. Morve. Farcin.

C'est une affection qui se développe, par contagion directe, chez les individus en rapport avec des animaux atteints de la même maladie (chevaux, mulets, ânes). L'agent pathogène est le *Bacillus malleus humidus*. Un séjour prolongé dans une écurie où sévit une épidémie de morve, le maniement des cadavres ou de la viande d'animaux morveux suffisent pour déterminer l'infection.

L'évolution de la maladie est rapide ; il y a souvent des symptômes généraux menaçants (frissons, tremblement, fièvre, douleurs, œdèmes, suppurations articulaires, lésions phlegmoneuses et gangréneuses).

Il y a des cas chroniques, qui durent plusieurs années. Dans les formes où il se produit des tubercules morveux du tissu sous-cutané avec tuméfaction des ganglions lymphatiques, tout espoir de guérison n'est pas perdu.

Note additionnelle.

[La morve est une maladie contagieuse, inoculable, déterminée par un bacille isolé par Lœffler et Schütz, et par

Bouchard, Capitan et Charrin. C'est une infection que l'homme prend des équidés, ce qui explique sa fréquence dans les professions de palefrenier, cocher, vétérinaire. L'inoculation virulente résulte le plus souvent d'une piqûre accidentelle de la peau (piquant de paille) ; la contamination peut se faire au niveau des muqueuses (cocher buvant dans le seau de son cheval malade, se mouchant avec un linge qui a servi à nettoyer les naseaux). Kalning, qui a découvert la *malléine*, a succcombé à la morve au cours de ses recherches.

Cliniquement, on distingue *morve* et *farcin*, selon que les cavités nasales sont ou non intéressées ; on distingue 4 types : morve aiguë et chronique, farcin aigu et chronique.

a) Morve aiguë. — Début habituel par des phénomènes généraux rappelant ceux de la fièvre typhoïde ; puis, manifestations locales à la face, aux mains ou aux pieds ; à la face, tuméfaction sillonnée de traînées lymphangitiques, puis *sorte d'érysipèle* sans bourrelet, déformant le nez, les joues, les paupières, les lèvres.

Aux membres, collections purulentes, plaques gangréneuses dénudant les tissus profonds.

Vers le 6ᵉ jour, éruption de pustules pointues sur la peau et les muqueuses, souvent confluentes.

C'est alors que s'établissent les *lésions nasales* caractéristiques, avec enchifrènement, épistaxis et *jetage* (écoulement muco-purulent excoriant les narines et les levres).

Le larynx se prend à son tour, l'appareil broncho-pulmonaire manifeste ses altérations par de la toux avec expectoration muco-purulente.

Les ganglions, les glandes salivaires sont tuméfiés.

A ce moment, le malade tombe dans un état infectieux des plus graves (40°, 41°), et la mort survient en 3 à 20 jours au milieu de phénomènes typhoïdes, comateux ou convulsifs.

b) Morve chronique. — Succède au farcin chronique ; se caractérise, par l'addition aux symptômes farcineux, de jetage avec lésions nasales. La mort ne vient qu'après plusieurs années.

c) Farcin aigu. — Très rare. Caractérisé par la production de *tumeurs* sous-cutanées, multiples, *indolentes*, remplies de sang ou sanie. La mort vient en 6 semaines environ.

d) Farcin chronique. — Après une période d'un à deux mois de troubles généraux, se développent des *abcès* multiples,

indolents, surtout aux membres inférieurs, autour des jointures; ils ne s'ouvrent souvent qu'après des mois. Parfois, d'aspect phlegmoneux, ils s'ouvrent plus rapidement. Les ouvertures sont toujours multiples, fistuleuses et se transforment en *ulcères* rebelles, dont le fond atteint les muscles et même les os mis à nu.

On a vu les abcès parfois remplacés par des tumeurs dures, résorbées spontanément.

Le farcin chronique présente souvent des guérisons apparentes, pouvant se prolonger plusieurs mois, puis la maladie reprend son cours fatal, et le malade meurt après douze à quinze mois.

Besnier, Hallopeau et Jeanselme ont signalé une *forme mutilante* de la face, caractérisée par le développement de véritables « *gommes farcineuses* » qui se transforment en ulcères mutilants et indolents.

La lésion histologique de la morve, le *tubercule morveux* tient le milieu entre les nodules de suppuration et les nodules tuberculeux ; il débute par des nodules embryonnaires, qui se caséifient ensuite. Nous renvoyons pour des détails plus complets aux articles spéciaux.

Nous ne pouvons nous attarder au **diagnostic** de la morve : Rappelons seulement que Straus a démontré que tout produit, dont l'inoculation dans la tunique vaginale d'un cobaye détermine un sarcocèle morveux, est un produit morveux : c'est là un procédé de diagnostic facile et souvent utile.

Le **traitement** consiste, dès qu'on soupçonne une inoculation morveuse, à cautériser au thermo-cautère la région suspecte. S'il est trop tard, et c'est le cas habituel, on traitera les divers symptômes et lésions : les abcès seront largement incisés et grattés. Rémy a obtenu de bons résultats de bains partiels iodés (1 gramme d'iode dans 5 litres d'eau).

Les ulcères seront grattés et cautérisés énergiquement. Le jetage et les lésions nasales seront amendés par des lavages au permanganate, à l'eau iodée, etc.

A l'intérieur, on a essayé la teinture d'iode (Tardieu) à la dose de 2 à 20 gouttes par jour.

Les injections de malléine n'ont pas encore donné de résultats probants.

Remarquons que la fréquence de la morve humaine diminue avec celle de la morve des équidés (précautions sanitaires et mesures rigoureuses prises contre les animaux

morveux, ou seulement suspects, réagissant à l'injection sous-cutanée de malléine).]

TUBERCULOSE DE LA PEAU

(Planches XLVI à LI)

Nous allons étudier, dans ce chapitre, les altérations produites dans la peau par le *bacille de Koch;* ces lésions présentent une grande diversité d'aspect, de marche, de structure et même de pathogénie. Pour éviter des répétitions, nous suivrons dans cette étude le plan du travail classique de Jadassohn (Lubarsch et Œstertag, 1896).

Le bacille peut être apporté à la surface ou dans l'épaisseur de la peau par des procédés divers; il peut provenir de matières tuberculifères étrangères à l'organisme du sujet (*inoculations tuberculeuses exogènes*), ou bien être fourni par le sujet lui-même déjà tuberculisé (crachats, salive, fèces, urine) (*auto-intoxication tuberculeuse*). Pour que le bacille se fixe à la peau, il faut certaines conditions prédisposantes, d'autant que ce tissu ne paraît pas prédisposé à l'infection tuberculeuse. Ces conditions d'envahissement, le bacille les trouve dans des lésions quelconques de la peau, bref dans toute blessure du tégument. D'autre part, la peau peut être infectée secondairement à la tuberculose d'un organe voisin *(tuberculose par contiguité)*; c'est ainsi que la tuberculose peut passer du testicule au scrotum, d'un os aux tissus avoisinants. Enfin le bacille peut partir d'un organe primitivement affecté, et gagner la peau par métastase.

Nous distinguerons, au point de vue clinique, cinq formes de tuberculose cutanée : lupus, scrofulodermie, ulcérations tuberculeuses, tuberculose verruqueuse, fongus.

Si cette division clinique est commode pour la description didactique, il ne faut pas oublier que dans la réalité plusieurs formes peuvent coexister, et que, fait plus fréquent encore, une forme peut dériver d'une autre; c'est ainsi que la tuberculose verruqueuse peut se transformer en lupus et que sur une scrofulodermie cicatrisée peut se développer un lupus (Riehl) ; on verra d'autres fois, à côté d'ulcérations tuberculeuses, apparaître des nodosités scrofulodermiques, etc. Mais, en somme, ces affections multiples présentent chez les différents individus un air de famille ; ce qui pourrait tenir non seulement à la prédisposition héréditaire de ces sujets à la tuberculose, mais aussi à une pré-

disposition individuelle pour certaines formes en particulier.

Toutes les variétés que nous venons d'énumérer peuvent guérir spontanément. La formation cicatricielle, qui indique la guérison comme dans tous les processus ulcéreux, est tantôt mince et peu étendue, tantôt considérable, dense, compliquée de rétractions et de diverses altérations consécutives ; cela dépend de la durée et de l'importance de la lésion originelle. Plusieurs auteurs ont signalé des arrêts momentanés dans le cours des formations cicatricielles, arrêts qu'ils rapportent à des états momentanés eux-mêmes de l'organisme (grossesse) ou à des influences extérieures (température, état atmosphérique).

Lupus vulgaire.

Le **lupus** est la forme la plus fréquente de la tuberculose cutanée ; il s'observe surtout aux parties découvertes, face et membres, plus rarement au cuir chevelu ; il apparaît souvent dans l'enfance et n'est pas rare chez la femme.

Dans la plupart des cas, il résulte d'une inoculation exogène, mais il peut aussi succéder à la tuberculose des ganglions et des os, ou suivre une lésion tuberculeuse d'une muqueuse voisine.

Les bacilles sont rares en général dans le lupus ; le plus souvent, on en trouve quelques-uns renfermés dans les cellules géantes. Le tubercule de la peau est constitué par un agrégat de cellules épithélioïdes et de cellules géantes, avec un réticulum et des vaisseaux. Le nodule lupique est un conglomérat de tubercules.

Le lupus débute par de petits nodules, gros comme une tête d'épingle, un grain de chènevis, de coloration gris jaunâtre ou rouge brunâtre ; ces nodules sont d'abord inclus dans la peau ; après quelque temps, on les voit s'élever au-dessus de la surface du tégument ; ils sont recouverts d'un épiderme lisse et brillant. Les nodules sont d'abord isolés ; leur transformation et leur coalescence ultérieure contribuent à créer des aspects cliniques variés.

Le lupus ne tarde pas à recouvrir une certaine étendue de peau ; à la périphérie des placards on voit des nodules isolés, bien délimités, entourés de tissu cutané infiltré et enflammé ; les vaisseaux sont bordés de nombreuses cellules rondes ; la même infiltration cellulaire noie tous les éléments du tissu : les fibres élastiques, les follicules pileux,

les glandes sébacées ou sudoripares n'existent plus, ou ne persistent qu'à l'état de fragments. Des altérations de l'épiderme se développent sous l'influence du processus sous-jacent ; tantôt on note une destruction rapide des couches cellulaires, tantôt et plus souvent il y a des proliférations et notamment des prolongements épithéliaux descendant vers le derme.

Les foyers lupiques sont, à la surface, lisses ou squameux ; parfois se développent par hyperkératose des productions verruqueuses.

Dans la majorité des cas, les lésions lupiques s'entourent d'une sclérose inflammatoire qui résorbe les lésions et provoque la formation de cicatrices. Plus rarement, et du fait de processus particuliers (inflammation propagée de voisinage, infections secondaires), le tissu lupique dégénère et s'ulcère. Enfin, la caséification sèche est rare.

D'après la variété des altérations, d'après l'extension des proliférations lupiques, on peut distinguer en clinique : le *lupus serpigineux*, où l'on voit des nodules brillants, disséminés, émerger en séries serpigineuses du niveau de la peau ; le *lupus tumidus*, où les productions lupiques forment de véritables tumeurs ; le *lupus verruqueux ou papillomateux*, où la surface est verruqueuse ou papillomateuse ; enfin le *lupus ulcéreux* (Pl. XLVI, XLVII et XLVII *c*).

Les *ulcérations lupiques* sont, le plus souvent, recouvertes de croûtes foncées, sous lesquelles on trouve une surface ulcéreuse, non entamante, rouge, humide, facilement saignante, rappelant les plaies en voie de bourgeonnement.

La muqueuse nasale, celle de la cavité buccale sont fréquemment le siège de nodules lupiques, qui peuvent exister longtemps sans incommoder particulièrement les malades ; on les observe aux gencives, au palais, à la langue, au larynx, sous forme de petites nodosités du volume d'une tête d'épingle, d'un grain de mil, de coloration rouge brun ; ils sont le plus souvent ulcérés et saignent facilement. Quand ils se réunissent en placards, la surface est irrégulière, recouverte d'un épithelium grisâtre, ou ulcérée ; de là, des ulcérations superficielles ou creuses, en forme de rhagades. De la muqueuse, le lupus peut gagner la peau voisine, ou inversement. On observe souvent des déformations du voile du palais, qui résultent d'ulcérations ou de rétractions cicatricielles ; on voit également des dépressions

rétractiles de la langue au milieu de nodosités indurées.

Dans la cavité nasale, nous avons souvent constaté, à côté d'ulcérations croûteuses, des proliférations polypiformes pouvant déterminer l'occlusion complète des cavités ; ces productions se distinguent par leur aspect granuleux, leur tendance aux hémorrhagies, des polypes muqueux, lisses et transparents. La perforation de la cloison ou sa déformation par rétraction cicatricielle sont fréquemment la conséquence éloignée de ces proliférations. Le lupus atteint d'ailleurs souvent la surface cutanée du nez, notamment les ailes.

La lésion peut débuter aussi par la pointe du nez, et de là remonter jusqu'à sa racine : on voit bientôt des proliférations glandulaires, papilliformes sur la lisière des ulcérations ; elles dégénèrent et se recouvrent de croûtes brunes. De ce travail résulte la destruction de la partie cartilagineuse et même parfois de la partie osseuse du nez.

Le lupus peut envahir également les joues, le bord du maxillaire inférieur, le cou ; il n'est pas rare de trouver dans ces cas des ganglions sous-maxillaires tuméfiés et même suppurés.

Au lobule de l'oreille, on observe souvent le lupus tumidus. Aux paupières, l'ectropion est de règle, et le globe oculaire est consécutivement affecté. D'ailleurs, mais rarement, le lupus peut envahir primitivement la conjonctive bulbaire, et gagner de là la cornée.

Au tronc, notamment aux fesses, on observe souvent les formes verruqueuses ; aux membres, les formes serpigineuses ; par rétraction cicatricielle, les articulations sont ankylosées, les membres déformés perdent leurs mouvements. On voit parfois, par altération des vaisseaux lymphatiques, des déformations des mains, des agrandissements difformes (Pl. XLVIII, XLVIII *a*, XLVIII *b*).

La **marche** du lupus est essentiellement chronique ; il débute entre 10 et 20 ans, s'étend très lentement, guérit d'un côté, s'étend d'un autre, parfois cicatrise complètement pour récidiver plus tard.

Les lésions mécaniques, les infections surajoutées déterminent l'inflammation et l'ulcération des lésions lupiques; il s'ensuit de graves destructions de la face, du nez, de la voûte palatine, du voile du palais, etc.

Le lupus s'accompagne fréquemment d'érysipèle récidivant.

Les cicatrices déterminent souvent des obstacles à la circulation, des œdèmes chroniques et l'éléphantiasis des membres. La propagation du processus tuberculeux dans les espaces lymphatiques et le long des vaisseaux blancs détermine également des déformations éléphantiasiques et des altérations secondaires des tissus profonds et même des os.

On a vu, chez des lupiques infectés par la syphilis, des productions syphilitiques apparaître dans une infiltration lupique ou sur une cicatrice de même nature; mais l'expression *lupus syphilitique* ne veut rien dire, nous voudrions la voir abandonnée. Inversement, des ulcérations syphilitiques peuvent être envahies par le bacille, et se transformer en ulcérations tuberculeuses.

Il peut y avoir également combinaison de carcinome et de tuberculose : le carcinome se développe le plus souvent sur une cicatrice lupique ; il naît de la couche malpighienne ou des glandes de la peau, mais ne résulte pas, comme l'ont pensé certains auteurs, de la transformation du tissu lupique en carcinome.

Note additionnelle.

[Le lupus vulgaire, ou tuberculeux, ou lupus de Willan est caractérisé, cliniquement et anatomiquement, par le développement dans le derme, où elles sont enchâssées, de petites nodosités qui sont les *tubercules lupiques ;* le tubercule lupique, de forme ronde, du diamètre d'un grain de millet, d'une lentille, se signale d'une part par sa coloration d'un rouge jaunâtre et par sa transparence qui l'ont fait comparer au sucre d'orge, à la gelée de pomme; d'autre part par sa consistance particulièrement molle, facile à distinguer de celle des tissus ambiants ; dans les formes téliangectasiques, il est difficile à voir au milieu des nombreux vaisseaux sanguins qui l'englobent; mais si l'on comprime avec une lame de verre le tissu, on distingue les tubercules lupiques à leur coloration sucre d'orge qui tranche sur la pâleur du tissu voisin comprimé (procédé d'Unna).

Les tubercules lupiques s'agglomèrent en placards, ils s'accroissent lentement, et évoluent vers deux processus différents, mais souvent associés: soit la résorption et la sclérose, d'où résultent des cicatrices blanches, non pigmentées au pourtour, déprimées, soit l'ulcération (qui est le plus souvent le fait d'infections microbiennes surajoutées).

On distingue parmi les nombreuses variétés objectives que peut affecter le lupus un certain nombre de formes :

a) ***Lupus plan, maculeux***, fréquent surtout à la joue, où il simule aisément le lupus érythémateux, formant une plaque rouge, légèrement squameuse, non saillante ; il tend à l'atrophie cicatricielle, au moins des parties centrales du placard.

b) ***Lupus élevé***, qui est la forme ordinaire du lupus de la face, et qui est voué presque constamment à l'ulcération ultérieure.

c) ***Lupus ulcéreux***, qui comprend comme variétés le *lupus térébrant*, où les ulcérations atteignent en profondeur le tissu sous-dermique, et le *lupus vorax*, caractérisé par la rapide extension d'ulcérations étendues et profondes; ces variétés graves s'observent à la face; elles aboutissent, dans les cas où le processus s'enraie, à des cicatrices rétractiles, parfois chéloïdiennes, qui ne comblent pas les effrayantes pertes de substance qu'ont entraînées les ulcérations lupiques. Combien ne voit-on pas à Saint-Louis de ces malheureux dont le nez disparu ne laisse comme vestiges que deux orifices étroits, dont la bouche est atrésiée et déformée, dont les paupières sont en ectropion.

Aux membres, les déformations relèvent d'autres fois non d'ulcérations et de cicatrices, mais d'un processus pachydermique, éléphantiasique par œdème lymphangitique.

Aux organes génitaux, des déformations de même pathogénie peuvent s'observer : l'*esthiomène* de la vulve de Huguier comprend des cas de lupus.

Le lupus se complique souvent d'infections secondaires ; nous avons déjà dit que le plus souvent le processus ulcératif est sous la dépendance d'infections pyogéniques associées (staphylocoques : Leloir) ; le streptocoque est d'autre part un agent fréquent de complications, sous forme d'érysipèles tenaces, récidivants, dont le rôle favorable, même curateur sur l'évolution du lupus, a été exagéré; citons encore les poussées de lymphangite, de même nature.

La **marche** du lupus est des plus lentes et se chiffre par séries d'années ; ce qui rend impossible d'en fixer la durée, c'est la fréquence de la réapparition de nodules lupiques au sein des plus belles cicatrices. A la longue, il n'est pas rare de voir l'état général fléchir ; des poussées viscérales de tuberculose, même aiguë, ne sont pas exceptionnelles.

Étiologiquement, le lupus de la peau semble plus souvent

secondaire à une lésion analogue d'une muqueuse voisine (nez, voies lacrymales), d'un ganglion, d'un os qu'être vraiment primitif. Il débute le plus souvent dans les années d'enfance (5 ans, ou plus tard 10 à 20, rarement après), chez des sujets ayant les attributs du lymphatisme.

La **nature tuberculeuse** du lupus est aujourd'hui démontrée. Elle avait été soupçonnée par Bazin qui en faisait une scrofulide, par Besnier qui le considérait comme une forme de la scrofulotuberculose cutanée.

La démonstration de la présence du bacille de Koch dans le lupus, faite par maints auteurs et notamment par Cornil et Leloir, a levé les doutes; mais il faut remarquer qu'il est très peu abondant dans les lésions lupiques.

Les résultats positifs fournis par l'inoculation aux animaux de tissu lupique sont encore une preuve péremptoire, confirmée par la réaction des mêmes tissus aux injections de tuberculine.

C'est donc une tuberculose cutanée, mais peu virulente.]

Traitement du Lupus :

Traitement interne.—Doit viser à améliorer la constitution générale des sujets. Il ne faut pas s'attendre toutefois à obtenir par les procédés internes une action notable sur la lésion cutanée ; on ne peut obtenir de résultats sérieux que par une thérapeutique locale bien réglée.

Traitement externe :

a) Destruction mécanique.— Les moyens à employer sont: le curettage avec la curette de Volkmann, les scarifications étendues (Balmano-Squire, Vidal), la galvano-caustique, les pointes de feu au thermocautère ; l'incision avec transplantation consécutive donne, entre les mains d'un chirurgien expérimenté, d'excellents résultats (Lang).

[Il faut, avant toute intervention, détacher les croûtes et aseptiser les surfaces par des pulvérisations et des pansements humides.

La *cautérisation* avec la pointe fine du thermocautère ou mieux avec les couteaux galvaniques est la méthode de choix ; la scarification est plus lente, expose à des inoculations de voisinage, et convient surtout pour la régularisation des cicatrices.

Pour le lupus des membres, le *râclage à la curette* donne d'excellents résultats : nous en avons cette année même,

après M. Gaucher, obtenu le plus grand succès chez un malade atteint de lupus ancien des deux jambes et du pied gauche, qui était entré à l'hôpital pour se faire amputer, et est sorti, après trois séances de râclage sous le chloroforme, extraordinairement amélioré.]

b) Destruction chimique. — On emploie, dans ce but, les pâtes caustiques, telles que la pâte de Vienne (4 parties de chaux caustique et 5 de potasse caustique), les crayons de chlorure de zinc (obtenus par fusion de chlorure de zinc avec du nitrate de potasse, ou du chlorate de potasse), la pâte de Canquoin (chlorure de zinc et farine de seigle: $\bar{\bar{a}}a$), la pâte de Landolf (chlorure de zinc 3, chlorure de brome 5, chlorure d'antimoine 1). Ces pâtes ont l'inconvénient de cautériser la peau saine aussi bien que les parties malades; au contraire, la pâte Cosmi (arsenic blanc 1, cinabre 3, onguent émollient 24) agit d'une manière élective, détruit les nodules lupiques, mais respecte la peau avoisinante; l'action destructive élective s'obtient encore avec le crayon de lapis, la cautérisation à l'acide phénique, à l'acide lactique, à l'acide pyrogallique.

Nous avons obtenu des résultats très satisfaisants avec l'onguent pyrogallique à 20, 25 0/0 ; la douleur provoquée par l'application n'est pas considérable et peut être d'ailleurs atténuée par l'addition d'orthoforme; au bout de quelques jours, les infiltrations lupiques sont transformées en eschares, qu'on laisse tomber; on favorise la cicatrisation par des applications de pommades indifférentes (pommade boriquée).

Suivant Unna-Scharf, on emploiera utilement le traitement suivant : introduire dans chaque foyer lupique un petit morceau de bois pointu, que l'on a préalablement immergé quelques jours dans la solution :

Sublimé	1
Acide salicylique	10
Ether sulfurique	25
Huile d'olive	100

puis, avec des ciseaux, on coupe tous les tronçons de bois qui dépassent le niveau de la peau; sur la surface ainsi piquetée on étend de la gutta-percha, de préférence un morceau de gutta à l'acide phénique et au mercure d'Unna. Quand on enlève le pansement, on trouve une surface re-

couverte d'une mince couche de pus; on enlève les bouts de bois, on nettoie toute la lésion à l'éther ou avec une solution alcoolique de sublimé, et l'on bourre les trous laissés par les morceaux de bois avec la poudre :

Bichlorure de mercure	0,10
Carbonate de magnésie	10
Acide salicylique	5
Chlorhydrate de cocaïne.	0,50

on recouvre enfin le tout d'un emplâtre.

Schütz enlève, sous le chloroforme, avec la curette, tout le tissu dégénéré, scarifie très soigneusement le fond de la plaie, empiétant d'un centimètre sur le bord sain, puis badigeonne à plusieurs reprises toute la surface avec une solution alcoolique de chlorure de zinc, saturée à froid, et clarifiée par l'addition d'un peu d'acide chlorhydrique pur. A la suite de cette application, le malade ressent de vives douleurs, il se produit un gonflement modéré de la région opérée et des parties voisines; des compresses humides boriquées calment peu à peu ces symptômes, après 1 à 2 jours la plaie est détergée. A ce moment, on commence 3 fois par jour un pansement à la vaseline pyrogallique (au 1/4); le 3e jour, on revient aux compresses boriquées jusqu'à chute des eschares : nouvelle cautérisation à l'acide pyrogallique, puis compresses boriquées, enfin 3e cautérisation. La cicatrisation se fait peu à peu sous des pansements iodoformés, à la pommade boriquée, d'emplâtres mercuriels.

Elsenberg a recommandé les cautérisations au parachlorophénol.

Les autres médications préconisées, telles que les injections de thiosinamine (Hebra), de cantharidine (Liebreich), de tuberculine (Koch), de tuberculocidine (Klebs) n'ont pas résisté à la critique.

Quant aux essais récents de Hollænder et de Lang, de traiter le lupus par l'air chaud ou les rayons X, ils sont encore trop insuffisants pour qu'on en puisse parler.

[Finsen a obtenu de bonnes cicatrisations en exposant les placards lupiques à l'action quotidienne des rayons chimiques de la lumière solaire ou de la lumière électrique].

Lupus érythémateux.

Le **lupus érythémateux** débute sous l'aspect de petites taches, légèrement saillantes, d'un rouge foncé, brillantes le plus souvent, et revêtues à leur centre d'une petite squame mince et adhérente. Les lésions s'étendent par développement excentrique, de manière à former des disques (Lupus érythémateux discoïde : Planche XLII), du diamètre d'une pièce de 0.20 à 2 fr., même de la dimension de la paume de la main. L'affection s'observe sur le dos et à l'extrémité du nez, sur les ailes, aux joues. La forme varie avec le plus ou moins de régularité de l'extension périphérique; une variété des plus fréquentes est celle dite en *papillon* qui recouvre le dos et les ailes du nez, ainsi que les joues.

Le centre des disques est déprimé, cicatriciel, brillant, rouge, souvent semé d'ectasies capillaires; le bord est plus rouge encore, souvent croûteux.

Les disques lupiques dérivent d'une exsudation intense qui se fait hors des vaisseaux dilatés ; l'exsudat vient se dessécher à la surface de l'épiderme; l'inflammation part surtout des follicules et des glandes sudoripares ; de là, elle envahit toute la peau, aussi bien le tissu cellulaire sous-cutané que l'épiderme : l'épiderme est ramolli, et se détache par petites squames d'abord adhérentes.

La régression des lésions succède à la rétraction du tissu conjonctif néo-formé, par atrophie cicatricielle ; la peau reste déprimée à ce niveau, et les follicules cutanés s'atrophient; les glandes sébacées et sudoripares sont détruites.

Une autre forme de lupus érythémateux est le *lupus disséminé* (Planche XLIII); les efflorescences se produisent en assez grand nombre, et sont dispersées sur toute la face et les oreilles ; les taches éruptives sont surélevées, de consistance ferme et élastique, d'un rouge foncé ; l'épiderme qui les revêt est fendillé, en voie de desquamation ; les orifices folliculaires sont dilatés. Les nodules peuvent envahir les doigts et les avant-bras ; ils y sont d'ordinaire plus foncés, et plus consistants qu'à la face. Le cuir chevelu, la muqueuse buccale sont parfois affectés à leur tour; mais, à notre avis, ce sont des faits rares.

La **marche** du lupus érythémateux est absolument chronique, et les régions atteintes peuvent ne présenter aucune modification pendant 15, 20 ans.

Bien qu'on ne puisse pas considérer le **pronostic** comme absolument défavorable, bien que le lupus érythémateux puisse rapidement régresser, ou se terminer par cicatrice, il n'en est pas moins vrai que, dans de nombreux cas, la mort peut survenir par pneumonie ou tuberculose.

Étiologie. — Kaposi fait observer que la plupart des malades sont des femmes, souffrant déjà de chlorose, d'anémie, de dysménorrhée, de catarrhe des sommets des poumons, de tuberculose au début ; les hommes, quand ils sont atteints par le lupus, ont généralement une bonne santé générale. Nous avons, dans un cas de lupus érythémateux disséminé, à marche rapide, observé des troubles profonds de la santé générale ; le malade fut enlevée au bout de six mois par une complication pulmonaire aiguë.

Traitement. — Dans les cas bénins, on se contentera de frictions au savon noir, à l'alcoolat de savon pour faire disparaître les efflorescences. On pourra recommander encore les applications d'emplâtre de savon salicylique, d'emplâtre gris. Schütz préconise des badigeonnages avec :

Solution arsenicale de Fowler. .	4
E. distillée.	30
Chloroforme	II gouttes.

Dans les cas rebelles, on emploiera les agents réducteurs ; nous avons obtenu de bons résultats du *traitement par écorchement* de Lassar. On a conseillé les cautérisations au galvanocautère et au thermocautère, ainsi que les scarifications suivies de saupoudrage à la poudre d'iodoforme (Veiel).

Note additionnelle

[Le lupus érythémateux (Cazenave) présente deux types principaux : la forme **lisse** *(érythème centrifuge* de Biett) et la forme **squameuse** (lupus *psoriasiforme ;* lupus *acnéique* ou *herpès crétacé* de Devergie). Aux doigts, aux oreilles, le lupus simule souvent les engelures (*lupus pernio*).

La forme *disséminée* ou *généralisée* (Hebra, Kaposi, Besnier, Hallopeau, du Castel) est beaucoup plus rare que les précédentes : *aiguë*, elle évolue rapidement, avec fièvre vive, accidents viscéraux mortels ; *chronique*, elle est infiniment moins grave.

Nature. — La nature du lupus érythémateux est encore bien discutée. Mracek, dans l'édition allemande de ce livre, le range parmi les néo-formations cutanées ; Kaposi et toute l'École de Vienne en contestent la nature tuberculeuse.

En France, au contraire, avec Besnier, nous admettons la nature tuberculeuse du lupus érythémateux ; son apparition dans les familles de tuberculeux, sa coïncidence fréquente avec la tuberculose pulmonaire, articulaire ou ganglionnaire (Gaucher), son association parfois au lupus vulgaire (*lupus érythémato-tuberculeux* : Besnier) sont les arguments qu'on oppose à l'absence de follicules tuberculeux, de cellules géantes, de bacilles dans les lésions de cette affection, aux échecs des inoculations expérimentales, au défaut de réaction aux injections de tuberculine. Pour résoudre ces objections, quelques auteurs, et notamment Hallopeau considèrent le lupus érythémateux comme dérivant non de la présence du bacille, mais de l'action de ses toxines ; ce serait une *toxi-tuberculide*.

Quoi qu'il en soit, les analogies qui rapprochent cette affection des tuberculoses cutanées sont assez grandes pour nous autoriser à la décrire à cette place.]

Scrofulodermie (*Tuberculose colliquative de la peau*).

La **scrofulodermie** se caractérise, avant tout, par une tumeur ramollie (*gomme scrofulo-tuberculeuse*), fluctuante. Tous les processus pathologiques de ce groupe prennent leur origine dans les ganglions lymphatiques (*écrouelles*) et les vaisseaux lymphatiques sous-cutanés ; ils peuvent encore avoir leur point de départ dans une lésion osseuse.

Au début, on voit se développer sous la peau une tuméfaction inflammatoire, sur laquelle elle glisse encore ; plus tard, cette tuméfaction se ramollit, tandis que la peau lui adhère ; puis, elle s'ouvre en laissant une ulcération minée par dessous. Quand le processus est extensif, d'autres tumeurs analogues se produisent ; il en résulte des fistules, des ulcérations, par places des cicatrices. On trouve parfois des tumeurs disséminées sur tout le corps, et même en des régions qui normalement ne présentent pas de ganglions. Nous ferons remarquer toutefois, que, chez les syphilitiques, nous avons observé des ganglions à siège anormal ; et nous croyons, avec Jadassohn, que, lorsqu'on constate des gommes

tuberculeuses en de pareils sièges, on doit invoquer l'existence de ganglions à localisation anormale.

Les gommes tuberculeuses, qu'on rencontre sur le trajet des gros vaisseaux lymphatiques, peuvent succéder à une dermatose antérieure, ou en être absolument indépendantes.

Histologiquement, les lésions de la gomme tuberculeuse sont plus nettement délimitées que celles du lupus ; elles se caractérisent par une abondance de globules de pus remplis de grains fragmentés. Les bacilles y sont peu nombreux ; toutefois l'inoculation expérimentale de ces lésions est plus souvent positive que celle du tissu lupique; les animaux inoculés succombent plus rapidement à la tuberculose généralisée.

Traitement. — Il faut tout d'abord chercher à relever l'état général, à améliorer la nutrition du malade. Le traitement local, ainsi que les soins consécutifs, sont d'ordre chirurgical.

Tuberculose ulcéreuse de la peau.

Cette forme de tuberculose cutanée est le plus souvent associée à une tuberculose générale grave. Elle est le résultat d'une autoinoculation, ou de la propagation de lésions analogues d'une muqueuse voisine. Elle s'observe dans la cavité buccale, aux lèvres, à l'orifice nasal, à l'anus, aux organes génitaux.

Les tubercules *miliaires* (ici prédomine la formation de cellules lymphoïdes) forment des granulations du volume de têtes d'épingle, de grains de chènevis, qui ont une grande tendance à se ramollir ; il en résulte une destruction du tissu affecté et des ulcérations superficielles, à fond torpide, à bords dentelés, rongés, décollés ; on rencontre parfois à la lisière des orifices cratériformes (tubercules miliaires vidés) ou des granulations d'un blanc jaunâtre (Planches XLVII *a*, XLVII *b*, XLIX, L, LI).

Les ulcérations des muqueuses présentent une grande tendance aux proliférations papillomateuses.

Les bacilles sont très abondants dans ces lésions.

[La *tuberculose miliaire ulcéreuse* a été d'abord décrite et bien étudiée sur la muqueuse linguale (Ricord, Buzenet, Julliard, Trélat) ; sur la peau, elle a les mêmes caractères

anatomiques. Elle est habituellement secondaire à l'inoculation de produits bacillifères (crachats, matières fécales) sur une érosion cutanée, chez un malade déjà atteint de tuberculose viscérale; ceci explique son siège à la région anale, aux lèvres. Elle peut s'observer à la vulve (leucorrhée bacillaire d'origine salpingienne), à la verge (tuberculose génito-urinaire), plus rarement aux membres supérieurs.

Elle débute par une *nodosité* blanchâtre qui apparaît au point contaminé, se caséifie, se vide et laisse une *ulcération* qui s'accroît par caséification successive de nouveaux nodules.

L'ulcération atteint un, parfois deux centimètres; elle est plus ou moins arrondie ; les bords sont frangés, à pic, semés de nouvelles granulations ; le fond, granuleux, grisâtre, présente le même semis. Ces lésions sont particulièrement douloureuses aux orifices.

On a observé, chez des *sujets sains*, à la suite d'inoculations bacillaires directes de la peau (coupure par fragment de crachoir de phtisique, linges contaminés, circoncision avec succion par un opérateur tuberculeux, etc.), un *ulcère tuberculeux primitif;* chez l'enfant, cette lésion est suivie d'une généralisation tuberculeuse rapide par l'intermédiaire des lymphatiques et des ganglions; chez l'adulte, la lésion reste souvent locale.]

Tuberculose verruqueuse de la peau.

Cette forme de tuberculose cutanée, décrite par Riehl et Paltauf, se distingue par l'aspect papillomateux et verruqueux des lésions, l'absence d'ulcération, de nodules lupiques; il y a souvent de la pustulation. Elle siège aux doigts, au dos de la main ; on la rencontre chez les bouchers, les garçons d'amphithéâtre, les médecins, bref chez les personnes qui manipulent des produits tuberculeux; elle résulte d'une inoculation exogène. Elle peut être suivie de tubercules anatomiques, de gommes et d'ulcérations tuberculeuses.

La tuberculose verruqueuse de la peau est un processus localisé; des papillomes verruqueux, d'un blanc grisâtre, de dimensions variables, variables en nombre se développent, isolés ou en groupes; leur tendance est de régresser

au centre, pendant qu'ils s'étendent périphériquement. Dans les couches superficielles de la peau, on trouve des tubercules bien formés, renfermant des bacilles en quantité plus ou moins abondante, accompagnés d'une infiltration diffuse de petites cellules. Il y a souvent des pustules constituées par de petits abcès miliaires, nés au sein de l'infiltration et caractérisés par une collection de pus au-dessous de l'épiderme. On a trouvé dans ces pustules des cocci qui ont été considérés comme les agents de la suppuration.

L'épiderme est plus ou moins intéressé, le chorion prolifère, le réseau de Malpighi est élargi et infiltré de leucocytes : ces lésions sont les conséquences habituelles de l'inflammation des couches superficielles de la peau ; quand les couches profondes participent, on trouve de la prolifération et de la kératisation dans les couches superficielles.

Traitement : excision.

[Avant Riehl et Paltauf, cette affection avait été décrite par Hardy sous le nom de *scrofulide verruqueuse*, par Vidal comme *lupus scléreux*. Une de ses variétés, le **tubercule anatomique**, avait été signalée par Laennec qui en soupçonnait la nature, définitivement établie par Verneuil, Vidal, Besnier.

La tuberculose verruqueuse résulte d'une inoculation bacillifère : *primitive et accidentelle* elle apparaît chez des sujets bien portants (piqûre à l'autopsie d'un phtisique; contamination d'une érosion épidermique quelconque par des produits tuberculeux) ; d'autres fois, elle vient chez un sujet déjà tuberculeux par *auto-inoculation* d'une morsure, d'une brûlure, etc., ou au voisinage d'une fistule osseuse, ganglionnaire ou anale.

Elle forme des *placards* plus ou moins arrondis, présentant l'aspect de végétations verruqueuses, grisâtres, séparées par des rhagades et des pustules ; on trouve encore d'autres pustules à la périphérie du placard : la peau qui l'entoure est érythémateuse, de consistance molle.

La lésion progresse quelque temps par développement excentrique, tandis que le centre se cicatrise.

Dans la forme primitive, la guérison complète est possible, et l'état général n'est généralement pas atteint; dans la forme par auto-inoculation, le pronostic dépend des lésions viscérales en évolution. Cependant la forme primitive peut se compliquer de lymphangites tuberculeuses ascendantes et même de tuberculose viscérale (cas de Laennec).]

Tuberculose fongueuse de la peau.

Riehl a décrit une forme d'infiltration tuberculeuse, qui part des os et du périoste pour gagner de là les tissus ; il s'ensuit des fistules et des proliférations massives des couches superficielles, en forme de tumeurs champignonneuses qui s'ulcèrent à leur tour. Nous avons décrit (Pl. XLVII) un fait de cet ordre : le terme de lupus ne convient pas ici, car il n'y a pas de nodules lupiques ; il n'y a pas non plus une fusion colliquative des tissus : ce qu'on observe, c'est une infiltration suivie de dégénérescence.

Riehl a trouvé dans cette forme les bacilles plus abondants que dans le lupus et la scrofulodermie.

Lichen scrofulosorum.

C'est une affection d'individus jeunes, de 14 à 20 ans : on y voit la peau des membres et même du tronc semée de petites papules, grisâtres, en grand nombre, sur des territoires assez étendus. Ces lésions ne déterminent aucun trouble fonctionnel; le malade ne les remarque qu'accidentellement. Elles donnent à la peau un aspect rugueux; elle est souvent graisseuse, huileuse, et n'est jamais aussi sèche que dans l'ichthyose ou l'eczéma chronique.

Les altérations siègent dans les follicules et à leurs environs ; on trouve des bouchons cornés dans les orifices des glandes sébacées; ils sont seuls ou accompagnés d'un poil persistant.

Les papules sont souvent couvertes de petites squames, faciles à détacher.

Chez les sujets affaiblis, il n'est pas rare de voir les papules colorées en brun par altération du pigment sanguin ; aux membres inférieurs, elles peuvent être bleuâtres ou d'un rouge brun (*lichen lividus*).

Dans des cas rares, la peau s'enflamme (*acné des cachectiques*).

Étiologie. — Le lichen scrofulosorum s'observe chez des sujets jeunes, pâles, mal nourris, qui ont parfois des adénopathies scrofuleuses aux régions sous-maxillaire et cervi-

cale ou des fistules consécutives à la suppuration de ces glandes.

Chez les individus pauvres, mal soignés, il peut se développer secondairement d'autres altérations de la peau : eczéma autour des fistules suppurantes et sur les organes génitaux, ecthyma, furoncles.

Traitement. — Il faut avant tout une thérapeutique destinée à relever la nutrition générale : régime alimentaire, fer, arsenic, huile de foie de morue, phosphore, iode, changement de séjour. Localement, nous employons, à l'exemple de Vidal et Hebra, les frictions d'huile de foie de morue.

[Si nous avons placé ici la description du lichen scrofulosorum que Mracek étudie avec les lichens, c'est que la nature tuberculeuse de cette affection semble aujourd'hui démontrée. Les recherches histologiques de Jacobi, confirmées par Darier, Hallopeau, Unna, ont démontré dès 1891 que la papule élémentaire de cette dermatose est un nodule tuberculeux péri-folliculaire, à cellules géantes et épithélioïdes. Sans doute, les bacilles sont difficiles à constater, puisque Lukasiewicz, Neisser, Riehl, Darier n'ont pu les déceler ; mais Jacobi en a vu, et récemment Wolf (1898) a pu trouver plusieurs bacilles par papules. Le lichen scrofulosorum peut donc être légitimement considéré comme une forme de tuberculose cutanée.]

Note additionnelle.

[Nous devons mentionner qu'à côté des dermatoses dont nous venons de parcourir l'étude et qui relèvent du bacille de Koch, on a, dans ces dernières années, rapproché de ce groupe un certain nombre d'affections remarquables par les relations cliniques et étiologiques qu'elles affectent avec la tuberculose, bien que les examens n'y aient point jusqu'ici décelé la présence de bacilles; pour montrer ces affinités, on a proposé de les réunir sous le nom de **tuberculides** (Darier) ; Hallopeau, puis Bœck ont émis l'hypothèse qu'elles seraient produites non par le bacille lui-même, mais par ses toxines. Mentionnons parmi elles l'*hydrosadénite suppurative* (Politzer, Dubreuilh), ou *folliclis et acnitis* de Toussaint Barthélémy dont nous avons déjà parlé aux affections des glandes sudoripares, et dont Hallopeau fait une *toxi-tuberculide* acnéiforme et nécrotique.

L'*érythème induré* des jeunes filles (Bazin) serait égale-

ment, d'après Audry, Leredde et surtout Thibierge et Ravaut (1899) qui auraient obtenu par l'inoculation de ces lésions une tuberculose positive, une forme de *toxi-tuberculide*.]

K. LÈPRE

(Planche II, *a*, *b*, *c*.)

La lèpre est une maladie infectieuse chronique, déterminée par un bacille spécifique, et dont les lésions consistent dans la formation d'un tissu granulatoire qui s'étend diversement.

Distribution géographique. — En Europe, la lèpre s'observe surtout en Norvège, en Islande, sur le littoral suédois, finnois et russe; en Asie, l'Inde, la Chine; en Afrique, l'Egypte, l'Abyssinie, le Maroc; en Amérique, la Californie et le Mexique; en Océanie, les îles Sandwich sont les régions les plus fréquentées par la lèpre.

[En France, la lèpre a conservé des foyers peu intenses, mais réels: environs de Nice, Eza; Bretagne (Zambaco); les faits observés à Lannilis par Morvan (maladie de Morvan) sont vraisemblablement des cas de lèpre nostras.

En Allemagne, un foyer à extension progressive s'est constitué depuis une vingtaine d'années près de Kœnigsberg, à Memel.

En Espagne et en Portugal, la lèpre n'est pas éteinte : Parcent est un foyer qui s'étend.]

Étiologie. — [La *contagiosité* de la lèpre, considérée jadis comme extrême, a été mise en doute à notre époque ; elle semble réelle, mais pas nécessaire ; l'exemple de l'hôpital Saint-Louis où il y a en permanence des lépreux non isolés sans qu'on ait observé de cas de contagion intérieure, en est une preuve.

L'*inoculabilité* à l'homme semble, malgré les essais infructueux de Danielssen sur lui-même, bien établie (cas d'Arning, de Coffin).

L'*hérédité* de la lèpre est certaine, mais ne joue qu'un rôle secondaire dans le développement de la maladie.

Toutes les conditions hygiéniques défectueuses favorisent l'extension de la lèpre; rappelons qu'Hutchinson a invoqué l'alimentation par le poisson.]

On distingue, dans la lèpre, deux formes principales, la

lèpre tuberculeuse et la **lèpre maculeuse, anesthésique ou nerveuse.** Il y a souvent des formes mixtes. Si la peau est le siège de prédilection des foyers lépreux (*lépromes*), on observe constamment, et dans les deux formes, des lépromes dans le foie, la rate, les testicules, les ganglions lymphatiques.

Incubation. — [La période qui s'écoule entre la contamination et l'apparition des premiers symptômes lépreux est longue : 10 ans, 27 ans, 32 ans dans un cas d'Hallopeau.]

Prodromes. — [L'apparition des lésions caractéristiques est précédée le plus souvent pendant des mois, des années, de symptômes divers sur lesquels Leloir a insisté : troubles digestifs, douleurs rhumatoïdes ou névralgiques, courbature, somnolence, accès de fièvre. Dans un cas de Marcano et Wurtz (1895), les lésions lépreuses ont été précédées de plusieurs années par une tache unique, isolée.]

a) **Lèpre tuberculeuse.** — Dans cette forme, les lésions atteignent non seulement la peau, mais aussi les muqueuses nasale, palatine, pharyngée et laryngée.

Les altérations présentent au début le caractère d'infiltrations de la peau, qui est surélevée, au niveau des points malades, sur une étendue d'un à plusieurs centimètres, et prend une coloration d'un rouge brun ou d'un rouge mat. La sensibilité se perd sur les zones infiltrées ; quand il y a des poils normalement, ils tombent.

Au bout d'une période plus ou moins longue, parfois plusieurs années, se développent sur ce fond d'infiltration des lépromes nodulaires : ils consistent d'abord en maculo-papules, rouges ou d'un rouge cuivré, qui augmentent peu à peu de volume. D'abord isolées, disséminées, ces papules peuvent ultérieurement s'agréger en masses diffuses, à surface raboteuse. On trouve des nodosités de dimensions variant de celle d'un pois à celle de tumeurs véritables ; elles sont de consistance ferme ; la sensibilité cutanée y est diminuée ou même disparue.

Le **siège** de prédilection des lépromes est la face, notamment le front, les arcades sourcilières, le nez, les lèvres, puis les membres, surtout du côté de l'extension.

Avec l'âge, ces tumeurs subissent une transformation fibreuse, atrophique, ou bien se ramollissent, dégénèrent, et

font place à des ulcérations, à fond grisâtre, à bords calleux. Il est rare que les lépromes suppurent directement. Les ulcérations peuvent gagner en profondeur jusqu'aux tendons et aux os qui sont mis à nu, nécrosés; parfois même les cavités articulaires sont ouvertes.

Aux *muqueuses*, les lépromes se présentent sous l'aspect de nodules ou d'infiltrations aplaties, larges qui se transforment en ulcérations : ces dernières peuvent se fermer par cicatrice rétractile; il en résulte toujours de grandes destructions des parties atteintes. Sous ce rapport, signalons, comme une altération fréquente, la destruction de la cloison cartilagineuse du nez, du voile du palais, de l'épiglotte, et les sténoses du larynx. Des lépromes peuvent apparaître sur la conjonctive oculaire et même au bord cornéen.

La lèpre tuberculeuse a une **marche** absolument progressive ; il se fait constamment de nouvelles poussées de lépromes; chaque poussée, de même que l'éruption initiale, s'accompagne de symptômes fébriles. On voit d'abord une rougeur érythémateuse des parties envahies, puis une infiltration qui passe à la tumeur. Les nodosités anciennes présentent, lors de chaque nouvelle poussée, des modifications (abcès miliaires, formations vésiculeuses) qui peuvent conduire à l'ulcération. Il faut remarquer qu'à l'époque des poussées aiguës on trouve dans le sang le bacille de la lèpre, qui n'y existe jamais en d'autres moments.

[Le facies du malade atteint de lèpre tuberculeuse est en général assez caractéristique pour permettre le diagnostic de visu : le front bosselé, épaissi, le nez épaté, les lèvres lippues, les joues et le menton élargis, l'absence de poils donnent au patient une physionomie spéciale.

Jeanselme et Laurens ont insisté sur la fréquence et la précocité des altérations nasales, révélées par les épistaxis: rhinite chronique, tubercules nasaux, plus tard ulcérations et destruction de la charpente nasale.]

b) **Lèpre nerveuse.**— Cette forme se distingue par la prédominance des troubles de sensibilité et des troubles trophiques au niveau de la peau et des muscles; les néoformations de la forme précédente sont au second plan.

La maladie a les caractères d'une polynévrite (*polynévrite lépreuse*) : elle relève du développement de foyers lépreux, modérément granuleux (*léproïdes*) sur le trajet des nerfs périphériques.

Au début, la peau se sème de *macules* arrondies, parfois

confluentes, le plus souvent symétriques, d'abord d'un rouge clair, plus foncées par la suite, devenant à la longue brunes ou d'un brun noir. Ces macules atteignent, en se développant, les dimensions de la paume de la main ; le centre est atrophique, la périphérie présente un léger rebord infiltré. Plus l'éruption est de date récente, plus le rebord d'infiltration est large ; au fur et à mesure que l'atrophie centrale augmente, la coloration du début pâlit, passe au brun jaunâtre, et finalement la pigmentation disparaît au point que la zone atrophique est plus claire que la peau avoisinante. En somme, la progression des taches se fait par extension centrifuge, tandis que les parties centrales s'atrophient. Il résulte de ce mode d'extension, de la coalescence d'éruptions voisines des figures géographiques.

Les macules sont *absolument anesthésiques*. Il y a en même temps, après des *paresthésies* prodromiques, des troubles profonds et étendus de la sensibilité : anesthésie thermique d'abord, puis anesthésie totale de la peau, enfin anesthésie des tissus profonds (muscles, os).

Les *troubles trophiques* sont constants : tout d'abord se manifestent des *atrophies musculaires*, surtout manifestes à l'éminence thénar (*type Aran-Duchenne*), aux interosseux (*main en griffe*), aux extenseurs des doigts. Aux membres inférieurs, l'atrophie atteint d'abord les extenseurs des orteils. Il peut se produire des altérations analogues dans d'autres territoires nerveux (nerf facial, par exemple).

Comme troubles trophiques de la peau, mentionnons des *ulcérations*, le plus souvent sous la forme de *mal perforant plantaire* ; à la paume de la main, on voit des rhagades, des fissures profondes, qui peuvent envahir les doigts et le dos de la main.

Une altération cutanée fréquente est le *Pemphigus lépreux* : dans ce cas, se produisent des bulles du volume d'un grain de mil à un œuf de pigeon, remplies de liquide clair ; elles s'ouvrent, et laissent des surfaces livides, excoriées, qui, mal soignées, peuvent se transformer en ulcérations. Ces poussées bulleuses sont parfois accompagnées de troubles généraux. Quelques auteurs disent avoir trouvé dans le contenu des bulles des bacilles lépreux ; la nature dystrophique de ces lésions est donc douteuse.

Les troubles trophiques intéressent aussi les tissus profonds, notamment les os des phalanges des doigts, qui se

nécrosent ; il en résulte une tuméfaction avec ramollissement des phalanges, et des fistules par lesquelles s'élimine le séquestre osseux ; la répétition de ce processus détermine une déformation de la main (*Lèpre mutilante*).

Signalons les recherches de Stricker, pour qui la lésion primordiale de la lèpre est une altération spécifique de la muqueuse du nez, sous forme d'ulcérations étendues à la partie cartilagineuse. C'est de ce foyer primitif que les bacilles se répandraient en quantité autour du malade.

[Ajoutons qu'il est fréquent de rencontrer, en coïncidence avec les anesthésies décrites des hyperesthésies, et même des douleurs intenses, paroxystiques sur le trajet des troncs nerveux.

C'est dans cette forme de lèpre qu'on constate, en explorant les troncs nerveux accessibles à la palpation, et notamment le nerf cubital, au coude, soit des épaississements réguliers, soit des tuméfactions moniliformes de ces troncs nerveux, qui ont une grande importance pour le diagnostic.

Jeanselme et Milian ont décrit dans la maladie de Morvan une adénopathie sus-épitrochléenne consécutive aux ulcérations des doigts et qui simule le léprome cubital; mais elle ne fait pas corps comme celui-ci avec le tronc du nerf.]

Marche. — La lèpre a une évolution absolument chronique ; la durée oscille entre 5 et 18 ans ; la forme nerveuse est plus lente que la tuberculeuse. On ne connaît aucun cas authentique de guérison. Tous les malades succombent par le fait d'une cachexie progressive, relevant non seulement de la persistance des ulcérations cutanées, des troubles trophiques, mais aussi des lésions viscérales (foie, rate, reins) ; les reins notamment présentent constamment des altérations parenchymateuses graves, mais pas de lépromes véritables ; il y a également des troubles graves des fonctions de l'estomac et de l'intestin. Les malades peuvent mourir aussi d'une maladie intercurrente ; la tuberculose est particulièrement une des complications terminales les plus ordinaires.

Anatomie pathologique. — L'agent pathogène de la lèpre est le *bacillus lepræ* (Hansen, Neisser) : [c'est un bacille de 3 à 5 μ sur 1, en général rectiligne comme le bacille tuberculeux, mais plus long et plus grêle ; comme lui aussi, il se colore par la méthode d'Ehrlich et montre alors des

points clairs (dégénérescence ou spores). Il sécrète autour de lui une matière muqueuse, une gelée qui réunit souvent les bacilles en amas. Extra-cellulaire pour les uns, existant dans les espaces lymphatiques, le bacille serait pour d'autres intra-cellulaire. Les tentatives de culture n'ont pas donné jusqu'ici de résultat absolument positif; l'inoculation aux animaux de tissu lépreux a été également négative.

Les *lépromes* de la peau, des muqueuses (comme d'ailleurs ceux des viscères) sont constitués par des amas de cellules embryonnaires, formant particulièrement des manchons autour des vaisseaux à parois épaissies; les lépromes cutanés siègent surtout à la partie inférieure du derme; on trouve des bacilles à leur niveau, mais aussi dans les follicules et dans les rameaux nerveux; on n'en rencontre pas dans l'épiderme.

Les *macules* de la peau sont des accumulations de cellules conjonctives autour des vaisseaux; les bacilles y existent constamment (Darier).

Les nerfs tuméfiés sont atteints de névrite parenchymateuse et interstitielle, avec bacilles dans le tissu; on a décrit des lésions inconstantes de la moelle (cordons postérieurs).

Les bacilles existent dans les infiltrations lépreuses du foie, de la rate, des testicules.]

Diagnostic. — [Le diagnostic de la lèpre présente souvent de grandes difficultés; pour le faire, il faut penser à la possibilité de cette affection, rechercher les lieux de résidence, explorer les troubles de sensibilité, les tuméfactions des nerfs. Dans les cas douteux, le diagnostic n'est parfois établi que par la constatation du bacille, qui sera décelé dans le liquide d'un vésicatoire suppuré appliqué sur une tache (procédé de Kalindero), dans la sérosité sanguine de ventouses scarifiées mises au même point (Bodin), dans des produits d'ulcération (Morestang), dans le mucus nasal (Jeanselme, Sticker).

Dans la forme maculeuse, la confusion sera possible avec le vitiligo et surtout la morphée, dont Zambaco fait d'ailleurs une forme de lèpre.

Dans la forme tuberculeuse, il est facile d'éliminer la syphilis, la tuberculose.

Dans la lèpre nerveuse, c'est avec la maladie de Morvan et la syringomyélie que le diagnostic est le plus difficile;

les constatations de Pitres et Sabrazès, de Thibierge, de Chauffard ont montré l'existence de la lèpre dans des cas où on avait fait le diagnostic de syringomyélie; dans le cas de Pitres, ce n'est que par l'examen d'un fragment de nerf excisé qu'on put constater le bacille lépreux. D'ailleurs, certains auteurs et surtout Zambaco identifient la syringomyélie et surtout la maladie de Morvan avec la lèpre.]

Traitement. — Les mesures prophylactiques sont de première importance : [isolement, déclaration obligatoire et surveillance (Hansen et Besnier, *Conférence de la lèpre*, 1897).] Si la lèpre est déclarée chez un sujet, il faut tout d'abord le soumettre à des prescriptions de régime et d'hygiène, qui toutefois ne pourront empêcher la progression de la maladie.

Les agents médicamenteux préconisés contre la lèpre, même le plus récent : le Carasquilla serum, n'ont qu'une valeur problématique; Unna prétend avoir obtenu la guérison dans deux cas par l'usage interne de l'ichthyo-sulfate de soude et des applications locales d'ichthyol et d'acide pyrogallique.

D'autres auteurs ont vanté l'usage interne du salicylate de soude, de préparations iodurées.

Vidal prescrit la formule :

Baume de Gurjum. . . .	*ãã* 4
Gomme arabique	
Teinture de cachou.	12
Infusion de valériane. . . .	60

à prendre dans un jour; il monte à 12 gr. de baume de Gurjum par jour.

On emploie très souvent l'huile de chaulmoogra ; on commence par 3 gouttes par jour, et l'on arrive progressivement à 120 gouttes pro die. Localement on applique la pommade :

Huile de chaulmoogra. . .	25
Vascline.	50
Paraffine.	10

ou encore de la pommade à la résorcine (5 à 20 0/0) ou à l'ichthyol.

[Récemment, Tourtoulis-Bey (Soc. française de dermatologie, juillet 1899) a communiqué d'excellents résultats obtenus par lui au moyen d'injections sous-cutanées de 5 gr. d'huile de chaulmoogra ; il a injecté, en 6 années et en 584 injections, 2720 gr. d'huile.]

XIII. — DERMATOSES PARASITAIRES

Les **parasites** de la peau appartiennent au règne végétal ou au règne animal. Les affections déterminées par leur présence ont un caractère contagieux. Elles se distinguent des affections cutanées par *parasites microbiens*. en ce que ces dernières intéressent, avec la peau, d'autres organes.

1° DERMATOSES PAR PARASITES VÉGÉTAUX

(Dermatomycoses).

Les parasites de cette classe appartiennent au groupe des hyphomycètes (moisissures ou filaments pathogènes). Les affections qu'ils déterminent portent le nom générique de *dermatohyphomycoses* ou *dermatomycoses*, suivant que l'agent pathogène est un filament ou une moisissure. Chaque dermatose relève d'un champignon spécial.

A. Favus. Teigne faveuse.

(Planche LVI).

L'agent causal du **favus** est l'*achorion Schœnleinii :* (Pl. LXV*e*). Ce champignon est formé de nombreux filaments mycéliens, largement ramifiés. Il s'observe le plus souvent au niveau du cuir chevelu, où il forme des croûtes discoïdes jaunâtres dont le centre est déprimé (*godet*). On le trouve niché dans les follicules pileux et même dans les gaines de la racine des cheveux, dont il détermine peu à peu la chute ; les cheveux commencent par s'arracher plus facilement et devenir cassants. Les godets ont une coloration jaune paille, soufre.

Après la chute du godet, il reste une fossette lisse. Les follicules sont détruits, et la surface atteinte demeure définitivement plus ou moins glabre. Il se forme par confluence des croûtes faviques étendues. Le champignon répand une odeur caractéristique (urine de souris).

Le favus est une affection chronique, qui apparaît dans le jeune âge et se prolonge jusque dans l'âge mûr, pour guérir spontanément quand tous les follicules atteints sont

atrophiés ; il ne persiste plus que quelques poils aux régions affectées, le cuir chevelu y est aminci, lisse.

[Le champignon, que l'examen extemporané permet de reconnaître dans les croûtes épidermiques ou les cheveux, après action de la potasse, est constitué par des spores et un mycélium : les *spores* sont *quadrangulaires*, disposées souvent en chaînes ramifiées; les *tubes mycéliens* sont *très flexueux*, cloisonnés et ramifiés. Il se cultive facilement, et les cultures, souvent en forme de godets, ont l'odeur de souris.

On a décrit plusieurs espèces de favus (Quincke); ce seraient, pour Bodin, de simples variétés d'une espèce unique.

Le champignon s'implante d'abord dans l'épiderme ; de là, il envahit le cheveu, puis passe dans le derme qu'il enflamme et où il détruit la papille pilaire: d'où la chute du poil et l'alopécie définitive.

C'est une affection du jeune âge, plus fréquente à la campagne, qui se développe par contagion de l'homme à l'homme, peut-être de l'animal à l'homme (souris, chiens ratiers, chats).]

Le favus peut apparaître sur la peau des *parties glabres* du corps ; il y est plus rare que le favus du cuir chevelu. [On l'observe au tronc, ou aux membres ; il coïncide habituellement avec celui du cuir chevelu ; les godets sont peu nombreux, disséminés ; parfois la lésion prend simplement l'aspect d'anneaux érythémato-squameux.]

Le favus des *ongles* se caractérise par la production aux ongles des doigts de points friables et opaques que traversent des éléments mycéliens (*Onychomycose favique*).

Dans un cas de Kundrat, à l'autopsie d'un sujet mort de gastro-entérite, on a constaté un favus généralisé à toute la muqueuse digestive.

Traitement. — Quand l'éruption est localisée au cuir chevelu, il faut commencer par faire couper les cheveux ; puis on détache les masses champignonneuses par des applications de pommades et d'huiles amollissantes, avec ou sans addition d'acide phénique, de naphtol β ; puis on fait nettoyer soigneusement la tête au savon. On procède alors à l'épilation des cheveux malades, en dépassant d'un à deux centimètres le pourtour de la zone malade ; les cheveux viennent facilement à la traction. Ceci fait, on fait des applications de lotions et de pansements antiseptiques pour

détruire le champignon. Le nombre des médicaments préconisés dans ce but est considérable ; citons les préparations de goudron, la teinture de savon soufré, l'alcool au sublimé, la pommade au soufre et à l'acide salicylique, la résorcine, la créoline, le naphtol, l'acide pyrogallique, la chrysarobine suivant la formule d'Unna :

Chrysarobine	ãã 5
Ichthyol	
Acide salicylique	3
Vaseline	100

Besnier fait appliquer chaque soir la pommade:

Baume du Pérou	ãã 5
Acide salicylique	
Résorcine	
Soufre précipité	15
Lanoline	ãã 30
Vaseline	
Axonge	

Le matin, on lave la tête à l'eau tiède et au savon (de préférence, savon de goudron ou naphtol), on la sèche, puis on la badigeonne avec la préparation.

Esprit de vin	100
Acide acétique	0.25 à 1
Acide borique	2
Chloroforme	2

Pick considère, comme la méthode la plus sûre, le nettoyage quotidien du cuir chevelu au savon boriqué, suivi d'une friction avec une solution alcoolique d'acide borique à 5, 10 0/0, et, dans les cas graves, le saupoudrage de la tête à la poudre d'acide borique ; il termine le pansement par une application de gaze humide et d'ouate.

Pigoroff fait raser les parties malades, et les fait recouvrir toutes les 24 heures de la pommade :

Carbonate de soude	8
Fleur de soufre	30
Teinture d'iode	ãã 100
Poix	
Axonge	200

avant chaque application, on nettoie la tête à l'eau savonneuse.

Zinsser fait laver la tête au savon, puis raser et recouvrir de compresses au sublimé (0.25 pour 1000) ou de phénol (3 0/0) ; il applique ensuite une spirale de Leiter dans laquelle circule de l'eau à 52°, 58°. La nuit, la tête reste libre.

De quelque façon que l'on traite le favus du cuir chevelu, il faut absolument poursuivre plusieurs mois une thérapeutique énergique. L'épreuve de la mise en culture des poils épilés n'est pas indispensable au contrôle des résultats du traitement.

Le traitement du *favus des parties glabres* est beaucoup plus facile et donne de meilleurs résultats. On enlève le godet à la spatule, et on applique ensuite un des remèdes antimycotiques énumérés ci-dessus.

Le *favus des ongles* est traité par des bains et des pansements antiseptiques, après qu'on a ruginé l'ongle malade à la curette.

B. Tricophyties.

(Herpès tonsurans. Eczéma marginé. Sycosis parasitaire.)

Ces trois variétés d'affections, si différentes dans leur aspect objectif, sont provoquées par le *Tricophyton tonsurans* (Gruby et Malmsten) ; ce champignon se compose de filaments mycéliens à longs éléments, avec de petites spores ; il prolifère dans les couches superficielles de l'épiderme et y produit des altérations plus considérables et plus variées que ne fait l'Achorion. Les couches superficielles de la peau présentent une tuméfaction inflammatoire avec formation de pustules et vésicules, ou bien une simple desquamation (Planche LXV*c*).

Tricophytie de la peau. — L'**Herpès tonsurans disséminé** (Pl. LVII) est caractérisé par la production, sur des étendues de peau assez considérables, au niveau de l'abdomen, de la poitrine, du dos, de petites macules d'un rouge pâle, se succédant rapidement, irrégulièrement délimitées et qui portent au centre une petite squame. Après quelques jours, des macules nouvelles viennent s'ajouter aux premières, à leur voisinage ou dans des parties plus basses du corps. Les macules plus anciennes desquament à leur cen-

tre, en s'étendant irrégulièrement par leur périphérie, en sorte qu'on peut les voir guéries au centre et squameuses à la périphérie seulement. Les malades ressentent un prurit assez marqué, qui contribue par le grattage à modifier l'aspect des efflorescences. Il n'est pas rare d'observer avant le développement de l'herpès tonsurans une efflorescence circonscrite, plus ancienne (*plaque primitive*).

Dans les formes circonscrites, les éléments éruptifs atteignent fréquemment le diamètre de pièces d'argent: du fait de la régression centrale et de l'extension périphérique, les plaques sont souvent annulaires; le centre est alors légèrement pigmenté, non squameux, tandis que la périphérie, encore rouge, est recouverte de squames superficiellement adhérentes.

Quand le processus inflammatoire est plus vif, il se fait sous l'épiderme une transsudation d'une petite quantité de liquide séreux, et il se développe des vésicules (*herpès tonsurans vésiculeux*. Pl. LIX) qui se dessèchent en croûtelles superficielles. Quand ce même processus s'étend, il en résulte des disques rouges, étendus, bordés à leur lisière de vésicules, et dont la surface est semée de pustulettes. La dessiccation des vésicules produit des croûtes impétigineuses. Cette forme d'herpès tonsurans est le plus souvent limitée à certaines parties du corps dont l'épiderme est délicat. Nous l'avons plusieurs fois observée à la face interne des avant-bras, et chez des sujets en rapport avec des animaux. La planche LVII représente un cas d'herpès tonsurans de la poitrine.

[Nous avons fait remarquer antérieurement que l'*herpès tonsurans disséminé ou maculeux* était non pas une tricophytie, mais une dermatose absolument distincte, le Pityriasis rosé de Gibert.]

L'eczéma marginé (Pl. XXVI) se produit sur les régions de la peau où la transpiration est abondante et qui présentent par leur conformation un terrain favorable à la végétation du champignon. La peau affectée s'infiltre, rougit, desquame, et chaque placard est entouré d'un rebord vésiculeux et croûteux. La fréquence des irritations d'origine extérieure empêche la régression complète du centre des placards; la peau est le plus souvent épaissie, rouge ou fortement pigmentée. Par confluence des divers placards isolés il se forme de grandes surfaces pigmentées au scro-

tum, aux cuisses, au pubis; ces surfaces, délimitées à leur périphérie par des lignes irrégulières, renferment des éléments mycéliens; elles s'étendent encore lentement par leur périphérie.

Cette affection est pénible par le prurit qu'elle détermine, par la macération que subit la peau au niveau de ces lésions, notamment après des marches prolongées.

La peau des plis anaux, des creux axillaires, de la face inférieure des seins retombants peut être affectée de cette tricophytie aussi bien que celle des régions génitales.

Tricophytie des ongles. — Comme le favus, la tricophytie peut affecter les ongles (*onychose tricophytique*); par suite de la pénétration du champignon dans la substance unguéale, les ongles deviennent ternes et cassants, soit partiellement, soit en totalité. Il est rare qu'ils soient plus gravement malades; dans ces cas, ils se recourbent en forme de griffes bosselées (*onychogryphose tricophytique*). Ces altérations sont difficiles à guérir, et persistent souvent plus longtemps que celles des cheveux et de l'épiderme.

Tricophytie du cuir chevelu. Teigne tondante. — La pénétration du champignon entre les cellules de la substance corticale des cheveux rend ceux-ci secs et cassants au point qu'ils se déchirent à la moindre traction. La pénétration du tricophyton, par les follicules pileux, dans les couches profondes de la peau, détermine des inflammations folliculaires et périfolliculaires, avec suppuration et exsudation considérable. Le cuir chevelu est semé de disques plus ou moins grands, recouverts de squames et de croûtes; sur ces disques, les cheveux sont parfois tombés complètement, souvent on en voit quelques-uns encore, mais courts, en moignons.

Le processus s'étend soit par élargissement des disques primitifs, soit par apparition de plaques nouvelles. Quand l'affection dure longtemps, on voit les plaques malades tuméfiées par la suppuration des follicules et l'inflammation du tissu périfolliculaire; mais elles restent nettement délimitées.

Tricophytie de la barbe. Sycosis parasitaire. — La tricophytie se manifeste dans la barbe par des pustules acnéiques, dont la coalescence constitue des placards infiltrés, assez grands. Quand l'irritation dure longtemps, il se

produit des proliférations papillaires, douloureuses et déformantes.

Etiologie de la tricophytie. — Le champignon se transmet d'homme à homme, mais aussi des animaux domestiques à l'homme (des chats et des chiens aux enfants, des chevaux et des bovidés aux individus qui les soignent); une autre occasion fréquente de contamination, c'est le rasage du perruquier.

Traitement de la tricophytie. — Le traitement de l'*herpès tonsurans de la peau* comporte l'emploi de tous les médicaments susceptibles de produire une exfoliation énergique de l'épiderme; le plus important de ces agents est le savon de soude que l'on écrase sur les parties affectées de la peau, en le laissant agir quelque temps. On a préconisé une combinaison à base de naphtol β, qui, d'après notre expérience, n'a pas d'action plus marquée. On se trouvera bien encore d'applications de goudron, de chrysarobine (pommade, traumaticine à 5 0/0), de sublimé (1 à 2 0/0), de teinture d'iode.

Pour traiter l'*herpès tonsurans du cuir chevelu*, il faut enlever les squames, épiler les cheveux, puis appliquer sur les plaques des préparations antimycotiques; on se sert en général pour cela des mêmes produits que pour guérir le favus.

Kaposi recommande :

Huile de bouleau . . .	15
Lait de soufre.	10
Esprit de savon de soude.	25
— de lavande . . .	50
Baume du Pérou. . . .	1 gr. 50
Naphtol β	0 gr. 50

Dans le *sycosis parasitaire*, il importe également de faire une épilation soignée, après laquelle on procédera au traitement local par la chrysarobine, l'anthrarobine (10 à 20 0/0), la résorcine, le sublimé, l'emplâtre gris, la teinture d'iode, le mélange de : acide acétique 10 et lait de soufre 2,5 (Kaposi).

Note additionnelle.

Des tricophyties.

[Les récentes notions que nous avons acquises ne nous permettent plus de compreudre l'étude de ces affections d'une manière aussi simple que l'expose Mracek. C'est Hardy (1) qui avait ainsi réuni sous le vocable de tricophytie toutes les lésions relevant de l'action sur la peau, le cuir chevelu, les ongles, la barbe d'un champignon supposé unique, le tricophyton tonsurans, découvert par Gruby (1844) et dénommé ainsi par Malmsten ; il englobait dans la tricophytie l'herpès tonsurans ou teigne tondante, l'herpès circiné de la peau, le sycosis parasitaire de Bazin, et la tricophytie unguéale ; *il n'y avait qu'un tricophyton, et qu'une tricophytie à localisations diverses*.

L'unicité du tricophyton a été démembrée de nos jours ; grâce à Nœbe et Furthmann (1891), mais surtout par les remarquables et persévérantes recherches de Sabouraud, confirmées par Mibelli, Bodin, Malcolm Morris, etc., nous savons aujourd'hui que *les tricophytons* forment des *espèces multiples* (genre Botrytis, famille des Mucédinées). Parmi ces espèces, dont le nombre considérable ne peut être encore déterminé, les unes sont spéciales à l'homme, d'autres lui sont communes avec les animaux (chat, cheval, veau, porc, oiseaux).

Certaines espèces peuvent affecter simultanément ou isolément les cheveux, la barbe, la peau ; d'autres se cantonnent presque exclusivement au cuir chevelu ; mais, point important, dans chaque cas considéré, une espèce est toujours seule, et son inoculation reproduit la même forme de tricophytie, de même que, transmise par contagion (famille, école), elle se retrouve la même chez les sujets contagionnés.

Les travaux de Sabouraud (2) ont montré de plus que dans les teignes tondantes tricophytiques, *on englobait à tort une variété*, qui se trouve précisément, à Paris au moins, être la plus fréquente de toutes (60 0/0 des cas observés dans l'enfance), et *qui n'est pas une tricophytie ;* Sabouraud a prouvé que son agent causal, considéré d'abord par lui comme un *tricophyton à petites spores*, n'est pas un trico-

(1) Hardy, *Traité des maladies de la peau*, 1886.
(2) Sabouraud, *Les tricophyties humaines*.

phyton, mais un champignon d'espèce différente, *le microsporon Audouini ;* cette affection est donc, non pas une tricophytie, mais une **microsporie** (Thibierge) ; nous la décrirons à part, en dehors des teignes tricophytiques.

Nous en tenant aux tricophyties pures, rappelons que les tricophytons sont constitués par un mycelium, dont les filaments ramifiés sont formés de cellules à double contour qui sont les *spores mycéliennes ;* ces spores, incolores, sont articulées en chapelet, et sont volumineuses (*Tric. melagosporon,* dans la première division de Sabouraud).

D'après les rapports des champignons avec les cheveux, Sabouraud distingue deux classes de tricophytons :

a) ***Tricophyton endothrix :*** d'origine humaine, répandu dans le tissu même du cheveu, comme l'avait déjà indiqué Gurby ; il est l'agent de la plupart des teignes tricophytiques.

Lorsqu'on fait agir sur un cheveu, infiltré de ce parasite, la potasse, on remarque que, dans certains cas, non seulement les filaments mycéliens se séparent, se dissocient, mais aussi les spores en chapelet s'égrènent, tandis que, dans d'autres cas, les spores ne s'égrènent pas ; de là, 2 sous-variétés :

La 1re, tricophyton à mycelium fragile, se caractérise sur milieux appropriés (agar au moût de bière), par une culture *acuminée*, en cône ; c'est l'agent de la *tondante peladoïde* de Sabouraud ;

La 2e, tricophyton à mycelium résistant, donne une culture *cratériforme.*

b) ***Tricophyton ectothrix :*** *d'origine animale,* logé entre le cheveu et la gaine du poil, engainant le poil ; c'est l'agent *d'une partie des teignes tondantes,* de *la plupart des tricophyties cutanées,* de *toutes les tricophyties de la barbe ;* il produit des *lésions suppurées,* ce que ne fait pas le trycophyton endothrix (le *kérion* et le *sycosis de la barbe* relèvent habituellement d'un de ces tricophytons, à culture saumonée, venant du cheval).

Étiologie des tricophyties :

Les tricophytons se transmettent de l'homme à l'homme par contagion immédiate, plus souvent médiate (peignes, brosses, coiffures) ; pour la peau et la barbe, les excoriations, les coupures du rasoir favorisent l'inoculation. Ils peuvent

venir aussi de l'animal à l'homme, comme il a déjà été dit.

Les tricophyties du cuir chevelu sont des affections de l'enfance; elles ne se développent plus après 20 ans. Les tricophyties de la peau, plus fréquentes chez l'enfant, se rencontrent encore chez l'adulte. Les tricophyties de la barbe ne s'observent que chez l'homme adulte.

I. Tricophyties du cuir chevelu. Tondantes tricophytiques.— *a) **Tondantes à tricophyton endothrix**.*— Cette teigne débute par l'apparition sur le cuir chevelu de toutes petites plaques, d'abord érythémateuses ou vésiculeuses, qui se fondent en plaques plus grandes, mais toujours nombreuses et relativement petites, arrondies; à leur surface, on trouve des squames, des cheveux sains, et des cheveux malades, cassés très courts, apparaissant souvent comme des points noirs aux orifices folliculaires; jamais on n'observe autour d'eux de gaine, blanchâtre, champignonneuse; ils s'écrasent très facilement sous la pince. Au microscope, on voit des chapelets de spores inclus dans le cheveu, dont l'extrémité cassée est formée de fibrilles dissociées par les chapelets de spores interstitiels.

Cette tondante dure en moyenne dix-huit mois à deux ans, et peut guérir spontanément à la puberté.

Dans la variété *peladoïde*, il y a le plus souvent *une* plaque unique, de 5 à 6 centimètres de diamètre, irrégulière de contour; à la surface, les cheveux sont cassés au ras de la peau (aspect de comédons).

*b) **Tondantes à tricophyton ectothrix*** : d'origine animale, beaucoup plus rares que les précédentes.

Le **kérion Celsi** est d'origine équine : il se voit à tout âge, plus souvent chez l'enfant. Il se caractérise par un placard arrondi, du diamètre d'une pièce de 5 francs, surélevé sur le niveau de la peau, infiltré, rougeâtre, et dont la surface montre des pustules en évolution, d'autres ouvertes par des orifices d'où suinte du pus; les cheveux qui ne sont pas tombés tiennent à peine. Cette suppuration folliculaire et périfolliculaire détermine, après la guérison qui se fait en 3 ou 4 mois, des cicatrices indélébiles et des alopécies partielles.

II. Tricophyties des parties glabres : sont, dans la grande majorité des cas, d'origine animale; s'observent sous deux formes principales :

*a) **Tricophytie circinée.*** — Siège aux parties découvertes (dos des mains, poignets, avant-bras, cou, même face et région inguinale chez l'homme).

S'observe plus souvent dans l'enfance en coïncidence avec une tondante, mais aussi, sans tondante, chez l'adulte et même le vieillard.

Débute par une tache arrondie, prurigineuse, qui s'étend périphériquement ; il y a souvent plusieurs taches successives qui se réunissent en placards polycycliques. Quand la plaque est à son plein développement, elle présente un centre rouge jaunâtre, un peu squameux, et un contour squameux ou vésiculeux ; quand les vésicules sont bien nettes, c'est le type de l'**herpès circiné**.

Dyeladeddin-Mouktar a signalé des lésions tricophytiques de la paume des mains et de la plante des pieds.

*b) **Tricophytie suppurée** : folliculites agminées* (Leloir et Duclaux, Quinquaud, Pallier). — Ces folliculites relèvent d'un tricophyton *équin*, comme le kérion Celsi, d'où leur développement surtout chez les cochers, palefreniers, bourreliers, etc., au dos des mains ou aux avant-bras (Sabouraud). La lésion se présente comme un placard en macaron, rouge, dont la surface est semée de pustules, d'orifices pleins de pus (écumoire), de croûtes. Le tricophyton doit être recherché dans les pustules non ouvertes ou sur les poils de la plaque.

III. **Tricophyties de la barbe.** — Présentent des formes cliniques extrêmement variées, en rapport avec la variété même des tricophytons animaux dont elles dérivent.

La plus fréquente est le **sycosis parasitaire**, qui forme un placard saillant, rouge, à contour irrégulier, à surface semée de pustules, d'orifices purulents, de croûtes, qui lui donnent un caractère mamelonné ; le placard est infiltré et dur ; les poils tombent, ceux qui restent sont entourés de pustules et s'arrachent avec la plus grande facilité. Cette lésion laisse après elle de l'alopécie de la barbe.

Sabouraud a décrit une autre forme, en placards de *dermite humide*, une autre sèche, à forme d'*ichthyose pilaire*.

IV. **Tricophyties des ongles.** — D'origine animale également, chez des sujets ayant une autre localisation. L'ongle est épaissi, strié, semé de points d'un jaune brunâtre ; à la longue, il s'incurve.

Traitement des tricophyties.

I. Traitement des tondantes tricophytiques.

a) Prophylaxie. — Surveiller attentivement le cuir chevelu des enfants agglomérés (écoles), isolement des enfants malades, dont la tête sera en permanence recouverte d'un bonnet, et qui auront des coiffures et objets de toilette absolument particuliers.

Ne délivrer de certificats de guérison qu'après des examens minutieux et répétés prouvant qu'il ne reste plus un cheveu malade.

b) Traitement. — Couper les cheveux ras sur toute la tête et la badigeonner à la teinture d'iode : les plaques malades apparaîtront plus nettement.

Épiler toute la surface des plaques et faire une bordure de protection d'un centimètre.

Appliquer sur les plaques des agents irritants, déterminant l'exfoliation de l'épiderme, et parasiticides. Quinquaud faisait faire des lavages quotidiens des plaques avec une solution à 0,15 de biiodure de mercure et 1 gramme de bichlorure pour 300 d'eau alcoolisée, et appliquer en permanence sur les plaques des rondelles d'un emplâtre de même composition. On obtient de bons résultats d'applications de teinture d'iode ou d'une solution iodo-iodurée à 1/500 d'iode, renouvelées 2 à 3 fois la semaine. Gaucher emploie des badigeonnages au monochlorophénol (monochlorophénol 20, alcool 80, essence de lavande 10). Tous les jours, on savonnera soigneusement tout le cuir chevelu pour éviter les réinoculations.

Il faut renouveler les épilations tant qu'il reste des cheveux malades ; quand ceux-ci deviennent très rares, Wickham conseille de traiter par l'électrolyse les derniers follicules affectés.

Dans le *kérion*, on épilera d'abord, puis on appliquera des compresses boriquées jusqu'à cessation des phénomènes inflammatoires ; on fera alors des applications iodées.

Il est toujours bon de soumettre les enfants teigneux à une médication interne iodique.

II. Traitement des tricophyties cutanées :

a) Tricophytie circinée. — Badigeonnages de teinture d'iode tous les 3 ou 4 jours.

b) Folliculites agminées. — Compresses boriquées, puis teinture d'iode.

III. Traitement des tricophyties de la barbe. — Epilation, puis compresses boriquées ; enfin applications iodées.

IV. Traitement des tricophyties des ongles. — Grattage de l'ongle ; puis solution iodo-iodurée à 1 gramme d'iode pour 1000 d'eau (Sabouraud) ; porter un doigtier de caoutchouc.]

Microsporie.

[L'agent causal est le **microsporon Audouini,** vu pour la première fois par Gruby.

La lésion la plus habituelle qu'il provoque est une variété de *teigne tondante*, *spéciale à l'enfant,* confondue jusqu'à Sabouraud avec les tondantes tricophytiques. C'est la plus fréquente des teignes, à Paris, c'est aussi de beaucoup la plus contagieuse. Elle se caractérise par des plaques arrondies, de 3 à 5 centimètres de diamètre ; au début, on voit sur chaque plaque des cheveux dont la base est engainée, sur une hauteur de 2 à 3 millimètres au-dessus de l'orifice pilaire, d'un véritable étui terne, grisâtre, floconneux, formé par le champignon ; plus tard, on trouve des cheveux brisés, mais non pas cassés courts comme dans les tondantes tricophytiques ; ils s'élèvent à 6,7 millimètres et plus du niveau de la peau. Ils sont fins ; la pince en enlève toujours plusieurs à la fois. La surface des plaques est de plus recouverte de squames blanchâtres, poudreuses, Au microscope, on voit que l'étui qui engaine le cheveu est formé de petites spores de 2 3, μ, accolées, comme des grains de tapioca dans le bouillon, ne pénétrant pas le poil. Les cultures sont d'un blanc grisâtre, duveteuses.

La tondante microsporique s'accompagne dans des cas rares de lésions circinées de la peau (Balzer, Gaucher).

Le **diagnostic** de la *tondante microsporique* et des *tondantes tricophytiques* est en général facile, quand les lésions n'ont pas encore été traitées ; dans la tricophytie, cheveux *gros*, cassés courts, non engainés ; au microscope, spores *grosses*, dans le tissu du cheveu ou en dehors du cheveu ; dans la microsporie, cheveux *fins*, *engainés*, à leur base, spores *petites* autour du cheveu.

Le **traitement**. de la tondante microsporique est celui des autres tondantes.]

III. Pityriasis versicolor.

(Planche LX).

Cette affection, connue dans le langage populaire sous le nom de taches hépatiques, est produite par le *microsporon furfur* (Eichstedt) ; ce champignon se reconnaît facilement à ses amas de spores groupées en grappes de raisin, et infiltrées entre les filaments mycéliens (Planche LXV, fig. F). Ce champignon atteint seulement la peau, il respecte les ongles et les poils ; il est même localisé dans les couches superficielles de l'épiderme.

Le pityriasis versicolor s'observe en tous les points du corps, sauf la face, les mains, les pieds ; son siège le plus habituel est le tronc, particulièrement la région thoracique antérieure, puis les membres supérieurs.

Il y forme des taches d'un brun pâle, rarement d'un rouge pâle, squameuses, furfuracées.

La **marche** de l'affection est absolument chronique ; elle importune à peine les sujets qui en sont porteurs, déterminant seulement un peu de prurit.

La *contagiosité* de la maladie est absolument prouvée ; il faut toutefois, pour l'acquérir, une certaine prédisposition individuelle. Le pityriasis s'observe fréquemment chez les phtisiques, qui en présentent souvent des récidives. Quand l'affection s'est prolongée pendant des dizaines d'années, elle finit souvent par disparaître spontanément à un âge avancé.

Traitement. — Lavages au savon, bains savonneux, badigeonnages au goudron, à la chrysarobine, au naphtol β, à la teinture d'iode. Wolf recommande les bains alcalins, et après le bain, une onction de pommade au sublimé (0,05 pour 100 de vaseline).

[Les placards du pityriasis versicolor ont le plus souvent une coloration café au lait ; ils sont légèrement surélevés, lisses ; si on les gratte vivement d'un coup d'ongle, l'ongle détache un copeau gras, mollasse, caractéristique.

Le champignon est inoculable aux animaux (Kœbner) ; on n'a pas réussi à le cultiver (les essais de Spietschka sont douteux).

Il se développe chez les cachectiques et les arthritiques.

Ne pas oublier, pour prévenir les réinoculations, de faire désinfecter le linge de corps et surtout les gilets de flanelle.]

IV. Erythrasma.

L'**Erythrasma** est une affection produite par le *microsporon minutissimum* (Burckhardt, Bærensprung); le champignon répand dans l'épiderme d'innombrables filaments mycéliens fins et des conidies. Le Dr Reale, de la clinique de De Amicis, à Naples, a réussi à le cultiver.

Il se développe dans les régions où deux surfaces de peau sont au contact (face interne et supérieure des cuisses, creux axillaire, etc.); il se caractérise par des placards bruns, peu squameux, larges comme la paume de la main; les régions affectées sont souvent en même temps atteintes d'intertrigo et macérées.

La **marche** est absolument chronique.

Traitement. — On recommande des applications de pommades au goudron, à la chysarobine, à l'anthrarobine, à l'acide pyrogallique, des combinaisons de goudron et pyrogallol, goudron et naphtol.

V. Actinomycose.

L'**actinomycose** est une affection qui débute le plus souvent au niveau du maxillaire inférieur, et qui s'étend de là progressivement aux régions voisines en y déterminant des inflammations, des infiltrations, des abcès, des fistules; le processus gagne également en profondeur, et peut envahir ainsi les os.

L'agent de cette maladie est l'*actinomyces*, champignon qui frappe également les bovidés et les porcs (Planche LXV *a*). L'hypothèse qui explique le mieux la transmission du parasite à l'homme ou aux animaux, c'est son apport dans l'organisme par les végétaux alimentaires.

La durée du processus varie avec le siège des lésions; d'ordinaire, les suppurations prolongées, avec fièvre, amènent le malade au marasme.

Les foyers récents, circonscrits, peuvent être enrayés par la cautérisation ou l'intervention chirurgicale. On a recommandé, comme médication interne, l'iodure de potassium.

Note additionnelle.

[L'actinomycose a été observée pour la première fois chez le bœuf par Davaine (1850), chez l'homme par Ch. Robin et Laboulbène (1853). Etudiée par Rivolta, Perroncito, Böllinger, qui prouvent la nature végétale du parasite, elle a reçu son nom de Harz (1879). En France, Nocard a montré sa fréquence chez le bœuf; Poncet et ses élèves l'ont signalée et longuement décrite chez l'homme.

Anatomie pathologique.

L'actinomycose se caractérise essentiellement par le développement de foyers d'abord durs, puis ramollis et purulents, au niveau des os (surtout maxillaire inférieur), plus rarement de la peau, dans le poumon, le cœcum, le foie, le cerveau.

Les foyers sont caractérisés par la présence de *grains*, décelables dans le pus qui s'écoule au dehors, d'un jaune d'or ou soufre, du volume de grains de millet. Ces grains sont formés de toutes petites granulations parasitaires.

Le champignon se voit facilement dans les granulations écrasées : au centre, on distingue un feutrage serré de *filaments mycéliens*, à *direction rayonnante* ; à la périphérie, on voit des rangées circulaires de renflements ou *crosses* qui sont des expansions des filaments mycéliens, et non des spores. On n'observe jamais de spores : celles-ci ne se montrent que lorsque le champignon est mis en culture ; il pousse facilement sur tous les milieux.

Considéré d'abord comme un *cladothrix*, il est rangé actuellement dans les *streptothrix*.

Il est inoculable aux animaux (Johne), et semble exister à l'état saprophytique sur les graines de graminées (*épis d'orge*, d'avoine, de seigle).

Étiologie :

L'actinomycose des bovidés, plus rare en France qu'en Allemagne, semble résulter de l'inoculation buccale des épis contaminés et mastiqués.

Chez l'homme, on a signalés des cas consécutifs à l'avalement de barbes d'orge, de pain de seigle ; la porte d'entrée est habituellement une carie dentaire. Parfois, on a pu incriminer la contagion par un animal malade.

En tous cas, il y a une *incubation* qui semble en moyenne de 4 semaines.

Symptômes :

*a) **Forme commune ou cervico-faciale.*** — On a vu des cas *aigus*, réalisant le type de l'*angine de Ludwig*, des cas *chroniques* constitués, comme chez le bœuf, par une *tumeur dure* du maxillaire inférieur.

Dans les cas les plus ordinaires, on voit se développer, derrière l'angle du maxillaire inférieur une tuméfaction étalée, d'abord dure, puis plus molle, un peu fluctuante au centre ; la peau rougit, et s'ouvre par des orifices multiples qui restent *fistuleux* et donnent issue à un pus mal lié, où sont des *grains jaunes*. Par l'exploration, on sent l'os creusé profondément ; les dents tombent, et une tuméfaction intra-buccale accompagne les lésions cutanées.

Ces lésions sont indolentes, apyrétiques, sans retentissement ganglionnaire ; l'état général reste bon longtemps.

Non traitée, la maladie envahit de proche en proche (oreille, orbite, fosses nasales, cou, et même, par voie embolique, cerveau, poumons, rachis, etc.).

Le début se fait parfois par la *langue*.

*b) **Forme cutanée :*** aux mains (maniement d'avoine, de blé), au thorax (Kaposi), à la face (Darier et Gautier). Les lésions consistent en un placard infiltré, dur, qui s'ulcère et se fistulise, tandis que les couches plus profondes s'envahissent.

On observe encore des formes *thoracique* (à types de tuberculose, de pneumonie chronique, de pleurésie purulente, suivies d'abcès thoracique en cuirasse, d'où sort du pus avec grains) ; *abdominale* (type d'appendicite à répétition (Gangolphe) avec abcès consécutif ouvert à la peau) ; *cérébrale* (type de tumeur cérébrale, ou de méningo-encéphalite).

Des lésions très analogues ont été observées, en relation avec d'autres parasites que l'actinomyces (*Streptothrix* de Poncet et Dor) ; une affection très voisine est le ***pied de Madura,*** affection caractérisée par une tuméfaction indolente de la peau du pied, qui se complique de nodosités dures, puis ramollies et ouvertes à la peau ; par les orifices fistuleux sort du pus à grains gris jaunâtres. Vincent, Gémy ont montré que cette affection exotique (Amérique, Algérie) dépend d'un streptothrix voisin de l'actinomyces, qu'ils ont pu cultiver.

Le **traitement médical** par l'iodure de potassium (Thomassen, Nocard) a, parfois suffi à guérir les lésions ; dans

leur cas, Darier et Gautier ont fait des injections sous-cutanées, au niveau des lésions, d'iodure de potassium, qu'ils décomposaient par un courant électrique.

Bien souvent, le traitement *chirurgical* est seul efficace.]

B. DERMATOSES PAR ANIMAUX PARASITES.

On peut diviser en trois classes les parasites de la peau humaine : 1° Ceux qui habitent l'*épaisseur de la peau*, ou le tissu cellulaire sous-cutané (*dermato-zoonoses*) ; 2° ceux qui vivent *à la surface* de la peau, soit passagèrement, soit en permanence, et sucent le sang; 3° ceux qui n'apparaissent qu'accidentellement sur la peau, et y produisent des lésions d'irritation (*épizoonoses*).

1° Dermatozoonoses.

a) **Gale**: L'*acarus* ou *sarcopte* de l'homme (Planche LXIV, fig. *e*, *f*, *g*, *h*) est la cause de la gale, affection cutanée qui s'accompagne d'un violent prurit. La femelle adulte pénètre la couche cornée de l'épiderme, s'y creuse une galerie où elle dépose ses œufs; les larves, une fois développées, se creusent elles-mêmes des sillons ; tout ce travail provoque une irritation cutanée, qu'exaspère un grattage invincible ; de là, de vives inflammations de la peau (Planches LXII et LXII *a*).

Note additionnelle.

[Le *sarcoptes scabiei* est un arachnide acarien.

La femelle se distingue en ce qu'elle est plus grosse que le mâle, visible à l'œil nu comme un point blanc, brillant; à la loupe, on lui voit quatre paires de pattes ventrales, dont les deux antérieures portent des tubes avec ventouses, les deux postérieures chacune un poil; le mâle porte des tubes à ventouses aux 1re, 2e et 4e paires de pattes : la 3e seule porte un long poil.

La femelle, en s'enfonçant dans l'épiderme, s'y creuse un *sillon*, apparent à la surface de la peau et qui est *pathognomonique*, il se présente comme une ligne sinueuse, en *S*, grisâtre, longue en moyenne de 2 à 4 millimètres ; une des extrémités de la ligne répond à l'éraillure par laquelle le parasite a pénétré dans l'épiderme; à l'autre extrémité, on

voit, sous un mince soulèvement épidermique, un petit point brillant, blanchâtre, qui est l'acare ; en rompant avec une épingle l'épiderme à ce niveau, on en fait sortir facilement le parasite qu'on veut déceler ou examiner. Les sillons, multiples, *siègent* de préférence en certains points, qui sont les foyers principaux de la gale, et où, dans les cas difficiles, il faut les rechercher à la loupe. Ce sont : les faces latérales des doigts et les sillons inter-digitaux, la face palmaire de la main, la face antérieure du poignet, la face antérieure de l'aisselle ; la *région mammaire* chez la femme, le *gland et le fourreau* de la verge chez l'homme.

On n'en trouve jamais à la face.

Le sillon, logé dans la couche cornée, renferme avec la femelle des œufs qu'elle a successivement pondus derrière elle; on les voit à des stades divers de développement.

La gale est caractérisée, en dehors des sillons, par un polymorphisme éruptif tout particulier ; les lésions diverses relèvent du grattage et d'infections pyogènes surajoutées. Ce sont des *vésicules* remplies de liquide clair qu'on voit surtout aux doigts, des *papules* (*prurigo acarien*) sur les membres, au devant de l'aisselle, à la verge, et surtout des *pustules* de volume variable, les unes vidées et croûteuses, d'autres pleines de pus; les pustules s'observent partout, surtout aux doigts, à la paume de la main, au-devant du poignet, *aux fesses ;* chez les petits enfants, elles sont particulièrement abondantes, au dos des pieds.

Chez la femme, la gale détermine à la *région mammaire* des lésions eczématiformes absolument caractéristiques, dont la constatation (en dehors de la grossesse ou de la lactation) permet d'affirmer le diagnostic, même en l'absence de sillon net.

Chez l'homme, c'est le *pénis* qui est le siège d'élection et caractéristique de la gale : on y trouve réunis sillons, papules, vésicules, pustules, croûtes.

Le *prurit* qui caractérise la gale a une recrudescence typique, le soir, à la chaleur du lit.

Etiologie. — La gale résulte soit du *contact direct* avec un galeux, mais il faut un contact prolongé, surtout nocturne, au lit (les acares sont noctambules) ; soit d'un *contact indirect* (lit ou vêtement de galeux).

Certaines gales sont d'origine animale (chat, chien, cheval; la gale Norwégienne de Boeck viendrait du loup (Mégnin).

Marche. — Non traitée, la gale s'étend progressivement à toute la surface du corps; elle n'a pas de tendance à la guérison spontanée ; notons cependant qu'au cours d'affections *fébriles* intercurrentes, elle s'arrête dans son évolution, et les symptômes s'effacent.

Traitée, elle guérit facilement ; cependant, les individus nerveux conservent souvent, même guéris, un prurit persistant qui leur fait croire à tort à une récidive. Cela ne veut pas dire que celle-ci ne soit pas possible ; elle se fait par les vêtements, les draps de lit mal désinfectés.]

Traitement. — Le traitement de la gale consiste en frictions avec l'une des pommades énumérées plus loin, en insistant sur les points où l'acare se localise de préférence : doigts, plis interdigitaux, surfaces de flexion du poignet et du coude, aisselle, mamelon, ceinture, fesses, parties génitales, genoux, chevilles. Après la friction, les malades s'enveloppent dans une couverture de laine, ou mettent des vêtements de dessous en lainage. Nous faisons faire les frictions matin et soir, et prendre un bain le 4e jour ; le lit est désinfecté soigneusement.

Voici des formules de pommades à employer en frictions :

Naphtol β	15	(Kaposi)
Craie blanche	10	
Savon vert	50	
Axonge	100	

Onguent de Wilkinson, modifié par Hebra :

Fleur de soufre / Huile de hêtre	$\bar{a}\bar{a}$ 40
Savon vert / Axonge	$\bar{a}\bar{a}$ 80
Craie blanche	5

Pommade de Weinberg :

Fleur de soufre / Styrax liquide / Craie blanche	$\bar{a}\bar{a}$ 20
Savon vert / Axonge	$\bar{a}\bar{a}$ 40

Mélange de Pastau :

Onguent styrax	4
Huile d'olive	1

Baume du Pérou (9 gr. pour une friction), ou encore :

Carbonate de soude . . .		25
Lait de soufre		75
Huile de lavande. . .	} *āā*	1
Huile de caryophille. .		
Axonge		q. s.

ou bien :

Losophane : 5 à 10; dissoudre à une douce chaleur dans :

Huile d'olive.	20
Graisse de porc	*q. s.* pour 100.

Le traitement rapide de Hardy consiste à frotter vigoureusement tout le corps au savon noir, puis à prendre un bain tiède, à la suite duquel on fait une friction à la pommade d'Helmerich modifiée par Hardy :

Fleur de soufre	20
Carbonate de potasse . .	10
Axonge	80

on laisse la pommade sur le corps 24 heures ; puis le malade prend un nouveau bain.

Les dermatites, les eczémas par grattage, qui peuvent succéder aux frictions et compliquent si souvent la gale doivent être traités comme l'eczéma.

[Le traitement de Hardy donne 90 à 95 0/0 de guérison, mais il est très irritant, et doit être évité chez les enfants, les femmes, les albuminuriques.

Fournier emploie la lotion de Bourdillon :

Glycérine	200
Gomme adragante . . .	1
Fleur de soufre	100
Carbonate de soude . . .	50

parfumer à volonté.]

Le *Demodex* ou *Acare des follicules* (Planche LXIV, fig. *i*) est un parasite inoffensif, qui s'observe chez les individus atteints d'acné, de troubles sécrétoires des follicules et des glandes, il ne provoque point par lui-même de lésions de la peau.

b) **Ladrerie.**— Le *Cysticercus cellulosæ* (*scolex du Tœnia solium*) s'observe, à l'état de parasite, chez le porc, le cerf, le chien, et aussi chez l'homme; la *ladrerie* s'acquiert par l'absorption d'œufs de Tœnia. Le cysticerque siège le plus souvent dans l'œil ou le cerveau; il peut occuper d'autres organes, le *tissu conjonctif sous-cutané* notamment; il est constitué par une vésicule ovale, d'où par pression on fait émerger une tête de tœnia; sous la peau, la vésicule atteint le volume d'un pois, et forme une petite tumeur indolente et inoffensive. Le cysticerque meurt spontanément, la vésicule se remplit alors de matière calcaire.

c) **Filaire de Médine.** — C'est un parasite des régions tropicales, qui s'introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané, notamment au voisinage des chevilles. Les larves sont importées dans l'estomac de l'homme par de petits crustacés avalés avec l'eau de boisson. La filaire occasionne de vives douleurs, de la fièvre; elle provoque souvent des tumeurs ou des ulcérations dans lesquelles est le parasite, mais parfois, il n'y a aucune lésion visible.

d) **Pulex penetrans** (*puce de sable*). — Originaire de l'Amérique du Sud, elle pénètre dans la peau, notamment aux cuisses, aux orteils, y provoque des inflammations suppuratives, des lymphangites gangréneuses.

e) **Mal rampant.** — Sous ce nom, R. Crocker a décrit une dermatose spéciale, qui s'observe plus souvent chez l'enfant, parfois aussi chez l'adulte, aux parties du corps découvertes. Le professeur Neumann, les Drs Ehrmann et Rille l'ont observée à Vienne en 1895; des médecins russes et anglais en ont également vu des cas.

Elle se caractérise par une tache prurigineuse, d'où part une ligne rouge, fine, surélevée qui parcourt la peau dans une direction quelconque; elle est droite, ou en zigzag, ou arciforme, ou irrégulière; elle s'allonge de jour en jour: chaque prolongement est d'un rouge vif, légèrement surélevé, large de un millimètre environ; les segments plus anciens s'aplatissent et deviennent d'un brun pâle. La progression se fait par saccades, surtout la nuit.

On suppose que cette affection doit être produite par un parasite qui se creuserait une galerie dans l'épiderme, comme fait la taupe dans la terre, mais on n'a pu encore le déterminer.

On recommande d'inciser la peau à l'extrémité du canal, et cela sur une surface assez large.

2° Epizoonoses.

a) **Pédiculose.** — Il y a trois espèces de poux : le *pou de la tête*, le *pou du corps ou des vêtements*, le *pou du pubis* (Planche LXIV*a* et *b*). La morsure des poux détermine un prurit violent, suivi de grattage et de lésions eczémateuses consécutives.

1° Les *poux de la tête* déterminent une exsudation du cuir chevelu qui feutre les cheveux (*plique*) ; la tête répand une odeur de pourri ; il faut enlever les cheveux pour voir dessous le cuir chevelu couvert de croûtes ; certains follicules pileux sont exulcérés.

[Le pou de la tête (*phtirius capitis*) est allongé, gris cendré, la femelle pond ses œufs (*lentes*) le long des poils où ils sont accolés par une coque de chitine.

La pédiculose de la tête se voit surtout chez l'enfant ; elle s'observe chez les adultes misérables, ou à la suite de longues maladies, après l'accouchement (apport étranger).

Quand les poux sont peu nombreux, ils ne déterminent que du prurit avec quelques papules du cuir chevelu ; s'ils sont nombreux, le grattage incessant provoque l'inoculation de microbes pyogènes et des lésions d'impetigo (*impetigo granulata*), surtout à la partie postérieure du cuir chevelu ; les cheveux sont agglutinés de croûtes jaunâtres ; dans les cas très intenses, ces croûtes forment une véritable carapace, sous laquelle les poux fourmillent.

Il est fréquent d'observer chez l'enfant de l'adénopathie cervicale.

La phtiriase provoque souvent un eczéma rebelle du cuir chevelu, de la nuque.

Traitement. — Couper les cheveux ras, si possible ; peignages répétés au peigne fin si l'on ne peut couper les cheveux ; en même temps, poudrages à la poudre de staphisaigre, lotions à l'alcool camphré, au vinaigre additionné de sublimé. Pour détruire les lentes, peignages répétés avec un peigne trempé de vinaigre chaud.]

2° Les *poux des vêtements* déterminent, du fait du grattage, des stries excoriées de la peau ; il peut se produire,

dans les cas intenses, de l'eczéma, des furoncles, des abcès (Planche LXIV*e*).

[Le *pou des vêtements ou du corps* est plus gros que celui de la tête, d'un blanc sale ; il siège dans les vêtements, les plis des chemises (près du col), les lentes sont fixées aux fils du tissu ; on le voit peu à la surface de la peau.

Prurit, papules de prurigo, traînées linéaires de grattage au dos, en arrière des omoplates (en rails de chemin de fer), sont les signes habituels de cette pédiculose, qui peut se compliquer d'ecthyma, furoncle, abcès.

La *maladie des vagabonds* n'est qu'une phtiriase invétérée, du fait de laquelle la peau s'épaissit, se lichénifie, et prend une teinte mélanodermique généralisée, analogue à celle de la maladie d'Addison, d'autant que, d'après Thibierge, on observerait, et assez souvent, des taches pigmentaires de la muqueuse buccale (lèvres, voûte palatine).

La phtiriase du corps, spéciale aux adultes misérables, guérit par des bains sulfureux, des fumigations de cinabre, la désinfection des vêtements.]

3° Le *pou du pubis* se niche dans toutes les régions pileuses du corps (à l'exception du cuir chevelu). Les lentes, comme pour les poux de tête, sont fixées aux poils par une gaine de chitine (Pl. LXIV *d*). Le grattage peut provoquer de l'eczéma artificiel,

On observe fréquemment au tronc, aux cuisses, des *taches bleues* (Pl. LXIII), arrondies, qui, d'après Mallet, seraient dues à un venin sécrété par des glandes salivaires de la partie moyenne du thorax du parasite pérégrinant sur la peau.

[C'est Mourson et Duguet qui ont montré les rapports des taches bleues avec la phtiriase pubienne, et prouvé expérimentalement leur pathogénie.

Le pou du pubis (*Phtirius inguinalis*), morpion, est large, arrondi, gris clair ; il se voit surtout entre les poils de la région génitale, et aussi sur les poils du thorax, des aisselles, même de la barbe, des cils (Jullien) ; on l'aurait vu au cuir chevelu chez l'enfant. Les poils sont garnis de lentes.

Cette phtiriase se contracte par rapport sexuel surtout. Elle guérit par des lotions de sublimé au 1000e.]

b) **Punaise** (*cimex lectucarius*) : cet insecte vit dans les fentes des meubles, et vient la nuit sur la peau de l'homme

dont il suce le sang; sa morsure produit des ampoules, [des saillies urticariennes parfois très saillantes, à la face, au cou, au dos des mains].

c) **Puce** *(Pulex irritans)* : produit des lésions analogues, mais avec hémorrhagie centrale très nette. La femelle dépose ses œufs dans les fentes des planchers, les ordures. On a vu des œufs sur la tête de sujets malpropres.

[La piqûre de puce est caractéristique : c'est un point hémorrhagique, entouré d'un cercle rouge qui pâlit rapidement. Quand les puces sont très nombreuses, leurs piqûres forment un semis d'aspect purpurique sur la peau.]

3° Epizoonoses accidentelles.

a) **Leptus autumnalis**, espèce de Trombidié. [Cet insecte, appelé encore *rouget*, à cause de sa couleur, est très petit, quoique visible à l'œil nu; il habite les jardins, les champs; fixé à la peau par ses mandibules, il y détermine des papules prurigineuses.]

b) **Ixodes ricinus** : [l'ixode se fixe à la peau pour sucer le sang; il suffit de l'arroser de benzine pour le faire tomber].

c) **Dermanyssus des oiseaux** : peut s'observer chez l'homme, [chez les personnes qui touchent les gallinacés].

d) **Cousins. Moustiques** : [déterminent, avec un prurit énervant et de l'insomnie, des éruptions de prurigo, des plaques érythémateuses, souvent un œdème plus ou moins intense. Nous avons eu l'occasion, l'an dernier, d'observer chez un jeune homme, à la suite d'une piqûre de moustique, un œdème gigantesque et presque subit du fourreau de la verge qui céda d'ailleurs en 2 à 3 jours.

On recommande, pour calmer le prurit, les lotions phéniquées ou mentholées].

Il y a encore des variétés de **mouches** (*stommonyidæ*) qui sucent le sang, et déterminent sur la peau des ampoules, de l'irritation; certains **Œstrides** (*Myiasis dermatosa œstrosa*, etc.), surtout dans les pays tropicaux, se portent sur la peau de l'homme et y déterminent des ampoules.

Iconographie.

ICONOGRAPHIE

ICONOGRAPHIE

PLANCHE I

Hyperidrose des pieds, avec formation de vésicules.

St. I., 26 ans, journalier, admis, le 16 janvier 1897, pour de la tuméfaction douloureuse des pieds; depuis son enfance, il souffre de transpiration des pieds.

Le patient a déjà fait, vers la fin de l'année 1894, un séjour à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire, et la plante des pieds était dès lors excoriée, partie par foyers disséminés, partie par surfaces étendues, reliées entre elles et recouvertes par des squames épidermiques peu adhérentes. Il y avait en outre quelques vésicules. Les ongles étaient épaissis et cassants.

Cet état n'a pas cessé d'exister, à des degrés variables, jusqu'à ce jour.

État présent : La région malléolaire est tuméfiée des deux côtés et sensible à la pression.

Les deux plantes sont couvertes de sueur. La surface et les bords sont parsemés de nombreux nodules rouges, gros comme une tête d'épingle, et qui ne disparaissent pas à la pression; il y en a également au côté dorsal des doigts de pied et de l'avant-pied. Ces nodules sont transformés, en plusieurs endroits, en vésicules transparentes comme de l'eau; en d'autres points et notamment à la plante, existent des vésicules plus grandes, formées par la confluence de plusieurs vésicules, et dont le contenu est trouble.

Toute la peau de la plante, du bord et du dos du pied est rouge, comme affectée d'inflammation.

25 janvier : Une grande partie des efflorescences vésiculaires se sont réunies en vésicules plus grandes, à contenu trouble, et dont les dimensions varient entre celles d'un grain de mil et celles d'un haricot. Le bord des pieds présente de nombreuses petites granulations épidermiques, dures, figées dans les canaux excréteurs des glandes, et faciles à extirper.

Sous la granulation extirpée s'observe une petite dépression, revêtue d'épiderme nouveau et pourvue d'un conduit excréteur glandulaire bien visible.



Tab. I.

Dans quelques vésicules, la matière sécrétée s'est épaissie de manière à devenir onctueuse, caséeuse, blanchâtre.

Le reste de l'épiderme compris entre les nodules en question est parsemé de nodules durs, logés dans l'épiderme et ressemblant à des grains de gruau ; ils sont d'une transparence jaunâtre.

L'épiderme de la plante des pieds a l'aspect gonflé et comme macéré sur un fond blanchâtre, rougi par endroits.

La paume des mains est moite.

L'examen de la matière onctueuse, caséeuse, blanchâtre, que représente dans certains cas le contenu vésiculaire révèle l'existence de cellules épithéliales, de fragments d'épiderme et de détritus divers.

Le patient fut soumis à des applications de pommade macérante, et congédié au bout d'un mois quand la plante des pieds se fut revêtue d'un nouvel épiderme.

PLANCHE II

Milium.

S. J., 18 ans, domestique, admise, le 23 juillet 1897 pour syphilis.

La peau de la face est parsemée irrégulièrement de nodules durs, jaunâtres et gris blanchâtre, gros comme une tête d'épingle. Après avoir excorié la couche supérieure de l'épiderme, on peut les extirper par grattage avec l'ongle et constater qu'ils présentent la forme de petits bouchons durs, blanchâtres.





PLANCHE III

Adénome sébacé. Comédon. Acné folliculaire.

F. G., 22 ans, homme de peine, admis le 18 février 1896.

Anamnèse : A 17 ans commença le développement de nodules d'acné inflammatoire ; puis le patient nota pour la première fois l'apparition de petits points noirs et de bourrelets noueux, dont la grosseur variait entre celle d'une lentille et celle d'un petit pois. Le processus eut une durée d'environ 5 ans.

Etat présent :

Le patient est bien développé, de teint pâle et présente un pannicule adipeux mou, assez développé.

Aux surfaces d'extension des extrémités, lichen pilaire.

De nombreux comédons s'observent au front, aux ailes du nez, notamment aux plis naso-labiaux, aux joues et particulièrement dans la région des poils rares de la barbe.

Dans les régions sous-maxillaires existent plusieurs cicatrices provenant de follicules suppurés, des nodules d'acné et enfin des adénomes dont certains ont un comédon central, mais sans trace de conduit excréteur.

Les comédons et adénomes sont rares dans les régions claviculaires, nombreux, au contraire, entre les poils qui garnissent le sternum. A côté d'eux se voient des cicatrices dont les dimensions varient entre celles d'un petit pois et celles d'une pièce de cinquante centimes ; elles proviennent d'adénomes suppurés.

Le dos est parsemé d'acné, de taches pigmentaires brunes et de comédons.



PLANCHE IV

Rougeole (*forme papuleuse*).

F. F., 19 ans, domestique, admise le 5 mai, congédiée le 12 mai 1897.

Depuis trois jours existent des douleurs dans le cou, des transpirations fréquentes, et depuis la veille de l'admission, il y a un larmoiement abondant, et une éruption sur la peau.

Etat présent :

La patiente est de taille moyenne, de forte constitution. — A la face s'observent des nodules rougeâtres, rapprochés, grands comme des piqûres d'épingle, et dont le voisinage est rouge foncé sur une étendue large comme un grain de chenevis. Plus bas, en descendant le cou et la poitrine, les nodules deviennent plus petits et plus plats, et le halo est moins large. L'efflorescence, encore abondante et drue à la poitrine, fait défaut au dos et dans la région de la taille, mais elle se continue, bien qu'un peu clairsemée, à la région abdominale, pour redevenir plus riche aux cuisses et à la surface interne des genoux. Les jambes en sont absolument exemptes. L'éruption s'étend, aux extrémités supérieures, jusqu'à l'avant-bras. La conjonctive des paupières est rouge. Le voile du palais est légèrement rouge. Les amygdales sont tuméfiées et tachées de rouge. — La patiente n'a pas de fièvre. Le pouls et la respiration ne présentent rien d'anormal. L'état subjectif est bon. — L'urine a un poids spécifique de 1011, elle est légèrement acide et ne renferme pas d'albumine.

Il n'y a pas de fièvre pendant la durée du traitement qui dure 7 jours, au bout desquels, les symptômes catarrhaux ayant disparu ainsi que l'éruption, la patente fut congédiée.

PLANCHE V

Varicelle.

A. S., 21 ans, domestique, admise le 7 novembre 1896.

Depuis trois jours, la patiente présente des symptômes de fièvre et souffre de céphalalgie et de douleurs dans le cou ; elle dit n'avoir observé l'éruption que depuis deux jours.

État présent :

La peau du tronc, du cou, de la face est couverte de rares efflorescences ; celle des extrémités d'efflorescenees nombreuses, isolées. Les efflorescences récentes sont représentées par des nodules miliaires s'élevant au-dessus du niveau de la peau, et de couleur rouge vif. En se développant davantage, ils se transforment en vésicules globuleuses, remplies de sérosité. Le pourtour des vésicules consiste en une bordure rouge, irrégulièrement couturée.

Le 12 décembre. Les vesicules d'ancienne date présentent un contenu purulent ; celles de date récente sont encore remplies de liquide séreux ; les unes et les autres sont entourées d'un halo inflammatoire.

Le 16 décembre. Les vésicules sont en grande partie desséchées ; les efflorescénces présentent des croûtes brunâtres.

Le 20 décembre. Les pustules sont tout à fait desséchées ; la plupart des croûtes sont tombées, laissant des points brun clair. Il n'y a pas eu d'élévation sensible de la température dans le cours du traitement.

Le 26 décembre. La patiente, parfaitement guérie, est congédiée.



PLANCHE VI

Érythème multiforme.

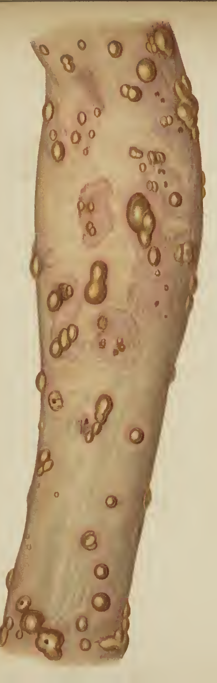
G. I., 32 ans, garçon de café, admis le 20 avril 1896.
Le malade dit que l'éruption à la face, aux deux mains et aux pieds date de deux jours et serait consécutive à un repas où il avait mangé du porc rôti.

Etat présent :

Le patient est d'une constitution vigoureuse.
Il présente des taches d'un rouge bleuâtre, élevées au-dessus du niveau de la peau, entourées d'un rebord rouge vif, pâlissant à la suite de la pression digitale, et qui sont disposées symétriquement au dos des deux mains, à la surface d'extension des avant-bras, ainsi qu'aux extrémités, aux orteils et au front. Ces efflorescences sont la plupart de forme circulaire, et confluent çà et là, de manière à former des taches larges comme une pièce de deux francs et plus.
La paume des mains, la plante des pieds, la muqueuse de la bouche et du pharynx sont intactes.
A la suite de la médication interne consistant en huile de menthe et d'eucalyptus, les efflorescences s'aplatirent peu à peu et disparurent entièrement après une très faible desquamation. Le patient put être congédié le 27 avril.

Tab. a

Tab. 2



PLANCHES VII et VII *a*

Érythème bulleux.

S. A., 16 ans, apprenti serrurier, admis le 18 mars 1897.

Il y a trois jours, le patient s'aperçut au réveil qu'il avait une éruption cutanée consistant en petites vésicules, claires comme de l'eau, sur un fond rouge. Les premières observées se trouvaient aux plis axillaires et aux surfaces de flexion des avant-bras. Il y avait en même temps du prurit.

Les diverses vésicules se développèrent, et les jours suivants, il vint s'en ajouter d'autres au tronc et aux extrémités. Le patient avait tout le temps des sensations de chaud et de froid.

État présent : Le patient est petit, de structure grêle ; le pannicule adipeux est peu développé. Pas d'élévation de température ; pouls régulier, 80.

L'examen des organes internes ne peut encore être fait.

L'examen de l'urine révèle des traces d'albumine et de nucléoalbumine.

A la face et notamment au menton, au cou, à la surface antérieure du thorax, au ventre, au dos, aux extrémités inférieures et supérieures existent des efflorescences d'un rose pâle, de dimensions variant entre celles d'une tête d'épingle et celles d'une pièce d'un franc, légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, pâlissant à la suite de la pression digitale, prenant çà et là une teinte jaunâtre et présentant généralement une délimitation circulaire.

A certains endroits, comme à la surface antérieure du thorax, dans la région claviculaire, à la surface externe du haut des bras, ces efflorescences ont conflué de manière à former des foyers assez larges, irrégulièrement délimités.

Au centre de bon nombre de ces efflorescences existe une croûte composée de sang desséché.

A côté de ces efflorescences s'observent de nombreuses vésicules dont la grosseur varie entre celle d'un grain de gruau et celle d'un haricot, qui sont disséminées par tout le corps, remplies d'un liquide clair comme de l'eau, et dont les plus grandes sont fortement

tendues par le liquide qui les gonfle. Là où il y en a de crevées, le fond rouge est recouvert d'une sécrétion jaunâtre desséchée.

Dans la région claviculaire gauche existe une stratification d'épaisses croûtes hémorrhagiques. 2 ou 3 vésicules qui se trouvent au dos, ont un contenu hémorrhagique. Au dos se voient également plusieurs traces de grattage. Les vésicules sont très rares au dos des pieds ; il n'y en a, ni à la paume des mains, ni à la plante des pieds, ni aux jambes. La muqueuse buccale et pharyngienne, de même que les articulations, en est exempte.

Le 19 mars. État général bon, pas de fièvre. Certaines vésicules se sont développées, certaines autres ont crevé.

Le 22 mars. De nombreuses vésicules sont remplies de pus ; quelques-unes sont hémorrhagiques. Il n'y a pas d'efflorescences nouvelles.

Le 23 mars. Les taches d'érytbèmes ont disparu ; les vésicules crevées ont laissé des pertes de substance superficielles.

Le 25 mars. Température 37°,7. En bien des points où il y a une perte de substance se voit une nouvelle formation d'épiderme.

Le 29 mars. A la face et aux avant-bras s'observent quelques vésicules nouvelles. Température 38°,3.

Le 31 mars. Les pertes de substance sont entièrement réparées. Température maximum, 37°,8.

Le 1er avril. Les divers points recouverts d'épiderme nouveau sont encore élevés. Au front et aux joues se sont produites quelques nouvelles vésicules serrées, à contenu clair et grandes comme des lentilles. Températuro normale.

Le 4 avril. Les vésicules du front ct dc la facc présentent un contenu purulent.

Le 5 avril. Température du soir, 39°,4.

Le 20 avril. Les plaies sont recouvertcs d'épiderme nouveau, qui est encore d'un rouge vif. Les élévations, tout d'abord observées aux parties recouvertes d'épiderme nouveau, ont partout disparu, de sorte qu'il n'existe plus de différence de niveau.

Le 26 avril. A la place des anciennes efflorescencecs se voient des pigmentations brun rouge pâle.

Le 28 avril. Le patient est guéri. On le congédie.



PLANCHE VIII

Érythème contusiforme et papuleux.

G. I., 11 ans, fils de houcher, admis le 20 avril 1896, congédié le 3 mai 1896.

Le patient dit s'être toujours bien porté avant la présente affection. Il y a quinze jours il a remarqué aux bras et aux jambes une éruption provenant d'une cause inconnue.

Etat présent :

L'érythème est localisé aux surfaces d'extension des extrémités supérieures et aux surfaces de flexion et d'extension des extrémités inférieurcs. Il n'y a rien au tronc. L'érythème consiste en nodules gros comme des grains de mil, pénétrant jusqu'à la cutis et s'élevant au-dessus du niveau de la peau ; à leur sommet arraché par grattage se trouve une petite croûte hémorrhagique miliaire ou bien une squame minuscule. A d'autres endroits, et notamment dans la région du creux poplité et à la rotule, se voient des infiltrations sanguines de ton rouge bleu, larges comme une pièce d'un ou deux centimes.

Traitement: compresses de Burow, citrate de soude 5 : 120. Dans le cours du traitement se produisent à l'endroit des nodules des épanchements de sang qui se résorbent assez rapidement. L'involution des grosses papules s'accompagne des altérations chromatiques connues.



PLANCHE IX

Purpura hémorrhagique.

M. M., 33 ans, cocher, admis le 23 avril 1897. Le patient dit qu'il y a huit jours, il a commencé à se sentir faible et malade et à observer des taches sur la peau. Il a déjà eu quelquefois des taches analogues, mais comme elles disparaissaient d'elles-mêmes, il n'y avait pas ajouté d'importance. C'est surtout son état d'abattement et de lassitude qui l'a décidé à entrer à l'hôpital.

Etat présent : le patient est grand, vigoureux, pâle. Les gencives sont livides, molles et saignent facilement. Conjonctive ictérique.

Les bruits du cœur sont un peu sourds, le pouls est à 84, mou; la rate n'est pas agrandie. Ni albumine, ni sucre dans l'urine. Léger œdème aux articulations tibio-tarsiennes et au dos des mains.

Aux extrémités inférieures s'observent, autour des follicules pilo-sébacés, des extravasations nouvelles et visibles, ayant les dimensions de têtes d'épingle ou de lentilles, et qui, à certaines places, sont disposées tout près les unes des autres.

L'on voit en outre, aux jambes et à la surface interne de la cuisse gauche, des taches violettes, diffuses, en forme de disques, dont le centre est occupé par des hémorrhagies folliculaires plus confluentes. En ces points la peau est humide au toucher.

De rares extravasations folliculaires s'observent au tronc.

Le 30 avril. On constate dans l'urine de grandes quantités d'urobiline. Le sédiment renferme des cylindres hyalins et de rares globules rouges.

Le 1er mai. Au côté interne des cuisses et notamment de la droite, il y a des hémorrhagies folliculaires récentes de couleur rouge brun, ainsi que des taches bleues, qui ont à présent pris une telle extension aux deux cuisses qu'elles sont confluentes.

Le 5 mai. Les hémorrhagies de couleur rouge brun et les taches livides commencent à prendre une teinte jaune. Le patient se plaint de douleurs dans le voisinage des articulations tibio-tarsiennes.

Le 1 juin. Les muscles des mollets sont, au toucher, durs comme du bois. Toute tentative de marcher cause au patient des douleurs dans les mollets.

Tab. 9.



Les gencives sont toujours tuméfiées ; il y a de nombreuses et légères hémorrhagies au côté interne des apophyses alvéolaires.

Le 20 juin. Les douleurs articulaires se font sentir également dans les articulations des genoux et des hanches. Température du soir, 39°, 5.

Le 1er juillet. Les extravasations du tronc et des cuisses sont en grande partie résorbées. Les mollets sont un peu plus mous au toucher.

Le 19 juillet. La diarrhée qui existe depuis longtemps continue d'alterner avec de la constipation ; l'urine renferme de grandes quantités d'indican et de scatoxyl. Autour des genoux, dans la région des capsules articulaires, se voit une tuméfaction molle, douloureuse ; la peau qui la recouvre est intacte.

Dès lors, la peau ne présente plus d'altérations. Le patient continue cependant de souffrir d'épanchement des genoux, de lassitude et d'incapacité de marcher pendant longtemps, tous symptômes pour lesquels il reste en traitement.

PLANCHE X

Purpura hémorrhagique.

St. M., 16 ans, ouvrière.

Etat présent :

Habitus infantile, pâleur de la peau et des muqueuses, légère dilatation du cœur à droite. Pas d'arythmie du pouls. La patiente n'est pas encore réglée.

Teneur en hémoglobine (Fleischl.) = 55 0/0.

Il y a 4 jours, c'est-à-dire le 17, se sont produites d'une manière subite des extravasations aux extrémités inférieures. La patiente travaille dans une blanchisserie où elle est chargée de retirer le linge de la machine à repasser. La blanchisserie est bien aérée et ventilée. La journée de travail va de 6 heures du matin à 7 heures du soir, avec une période de repos de 1 heure 1/4.

La patiente est obligée de se tenir constamment debout pendant les heures de travail.

Aux extrémités inférieures existent, également distribuées sur la partie inférieure des cuisses et sur les deux jambes, des extravasations grandes comme des lentilles ou des petits pois, les unes isolées, les autres confluentes. Quelques-unes présentent déjà une teinte brunâtre.

Le 24. Huit jours après, l'état général est bon; l'exanthème est jaunâtre et en partie pâli.


Tab. 10



PLANCHE XI

Purpura rhumatismal fulminant.

J. M., 33 ans, horloger, admis le 12 septembre 1897 à la 2e division médicale du docteur von Bamberger.

Anamnèse : Le patient a eu, il y a 9 ans, une pleurésie ; depuis 4 ans, il souffre d'attaques de douleurs dans les orteils, qui durent de 4 à 6 semaines. Il reconnaît qu'il est buveur.

La maladie actuelle débuta le 28 août par des douleurs lancinantes dans les talons et l'apparition de petites taches rouges aux extrémités inférieures. Les douleurs et les taches disparurent au bout de quelques jours.

Mais alors se déclarèrent des douleurs dans les genoux, plus tard dans les articulations des coudes et des mains, douleurs accompagnées de tuméfaction des articulations affectées. Quelque temps après, le patient remarqua l'apparition de taches d'un bleu foncé en haut des deux bras ; ces taches s'agrandirent rapidement, présentèrent à leur surface des vésicules et causèrent au patient de vives douleurs. Celui-ci se sentait, en outre, faible, sans appétit, et avait la fièvre.

État présent :

Le patient est grand, bien bâti et présente un pannicule adipeux bien développé.

Les poumons, le cœur et l'abdomen se trouvent dans l'état normal.

La figure est très rouge ; la joue gauche est un peu infiltrée dans toute son étendue et présente quelques taches, grandes comme des lentilles ou des haricots, dont la couleur varie entre le rouge violet et le noir et qui ne sont pas élevées, ni sensibles à la pression.

A l'aile gauche du nez il y a une hémorrhagie rouge brun.

Tout le bord externe de l'oreille droite est occupé par une hémorrhagie d'un noir bleu, qui est très douloureuse.

La muqueuse de la bouche et du pharynx est absolument normale.

L'extrémité supérieure droite est tuméfiée; les articulations de l'épaule et du coude sont fléchies.

A la surface externe du haut du bras se trouve une partie de peau grande comme une pièce de 50 centimes, de couleur violet noir. L'épiderme qui la recouvre forme une vésicule, et toute la partie malade est entourée d'un halo rouge.

A la même surface externe se voient encore plusieurs taches, les unes rouge pâle, les autres rouge foncé, et qui toutes sont douloureuses.

A la surface interne du haut du bras existe une partie de peau large comme la paume de la main, d'un violet noir, recouverte d'un épiderme formant vésicule et entourée d'un halo rouge. Du côté du creux axillaire se trouve une partie de peau, déjà colorée en jaune. Pour la rendre plus visible, on enleva les poils de la région.

Des taches analogues, bien que plus petites, s'observent à la surface externe du haut du bras gauche, qui est tuméfié, ainsi que les articulations du coude et de la main.

Les articulations des genoux sont tuméfiées, douloureuses; la peau qui les recouvre est rouge.

Au-dessus des articulations tibio-tarsiennes existent plusieurs taches, déjà brunes.

Les articulations tibio-tarsiennes, tarsiennes et interphalangiennes sont intactes.

Les glandes inguinales ne sont pas tuméfiées.

Dans l'urine existe un peu d'albumine; dans le dépôt il n'y a pas d'éléments rénaux.

L'examen du sang révèle une légère leucocytose.

Traitement : 4 grammes de salicylate de soude par jour.

Marche de l'affection :

Le 14 septembre. A la surface externe de la cuisse droite et à la surface antérieure de la cuisse gauche se trouvent de nombreuses taches rouges, élevées, entourées d'un halo rouge pâle, qui déterminent une violente sensation de prurit. Température : jusqu'à 38°,1.

Le 17 septembre. Au thorax apparaissent de nombreuses papules prurigineuses, hémorrhagiques, élevées, grandes comme des lentilles ou des petits pois. Température, jusqu'à 39°,2.

Le 20 septembre. Au pavillon de l'oreille gauche s'est produite une hémorrhagie; il y a de l'œdème du pied gauche. La quantité d'urine émise est considérable (5000 centimètres cubes).

Le 22 septembre. Les articulations sont de nouveau plus tuméfiées. Il y a de nouvelles poussées hémorrhagiques au thorax, à l'abdomen et aux cuisses. Tempér., 38°,7.

Le 27 septembre. Les muscles de la surface de flexion de l'avant-

bras droit sont fortement infiltrés juste au-dessous de l'articulation du coude, et sont douloureux.

Il y a de nouvelles hémorrhagies dans la région lombaire gauche.

A la place des hémorrhagies des extrémités supérieures se forment des ulcérations plates.

Le 3 octobre. Les taches hémorrhagiques se résorbent lentement. La tuméfaction et les douleurs des articulations ont presque disparu. Température normale. Les ulcérations du haut du bras bourgeonnent. Cautérisation au nitrate. Pommade de zinc.

Le 19 octobre. Plus d'albumine dans l'urine.

Les ulcérations du haut du bras gauche sont complètement cicatrisées ; à droite, il y a encore deux petites pertes de substance recouvertes d'abondantes granulations.

Le 28 octobre. Les points affectés de la peau ne sont que peu pigmentés.

Le patient est renvoyé guéri.

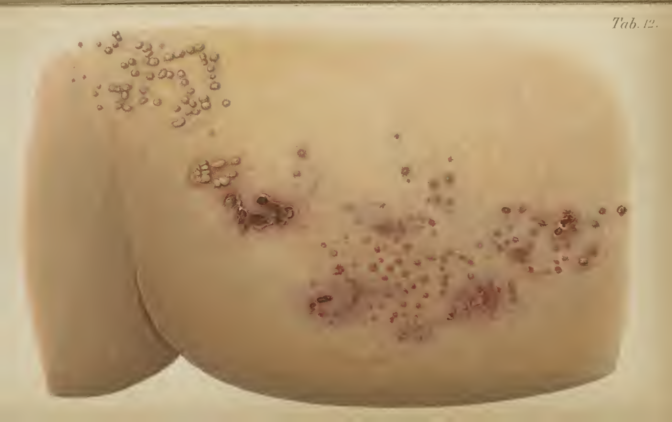
PLANCHE XII

Herpès zoster sacro-lombaire hémorrhagique et gangréneux.

St. W., 66 ans, admise le 29 février 1896. Elle dit souffrir depuis deux mois d'un catarrhe pulmonaire. Depuis 15 jours, elle a des douleurs dans le dos et dans la cuisse. Il y a quelques jours a commencé au côté droit du siège une éruption qui s'étend de plus en plus et s'accompagne de douleurs vives.

Etat présent :

Au côté droit du siège existent plusieurs groupes d'efflorescences herpétiques, à contenu hémorrhagique et avec hémorrhagie du voisinage. Certains groupes sont devenus gangréneux et forment des ulcérations superficielles à fond hémorrhagique. Au-dessus de la région du sacrum existent encore des vésicules de date plus récente, à contenu séreux, en partie trouble. Au bout de 6 jours de séjour à l'hôpital, c'est-à-dire, 20 jours après l'apparition des douleurs dans la région susdite, les efflorescences herpétiques se dessèchent, et les douleurs diminuent d'intensité.



Tab. 12.

PLANCHE XIII

Herpès zoster de l'orbite et de la paupière supérieure gauche.

L. St., 16 ans, mécanicien, est d'une famille saine et a toujours été bien portant.

Au mois de mars 1896, le patient a eu une éruption analogue, au même endroit, et qui a duré 8 jours. (Il a été traité pour cela au Rudolfshospital). Depuis, il n'avait pas eu de maladie ; il ne souffre jamais ni de céphalalgie, ni de troubles nerveux.

Il y a 5 jours, il se sent mal à l'aise, a des frissons et est obligé de se coucher.

Le lendemain, la paupière supérieure de l'œil gauche est rouge et tuméfiée ; le jour suivant apparaissent des vésicules au nez et à la paupière, à l'angle interne de l'œil. Hier, vinrent s'y ajouter des vésicules au sourcil, et aujourd'hui, deux nouveaux groupes de vésicules qui couvrent le bord externe de la paupière. Le patient ressent de la tension et une sensation de brûlure dans la paupière affectée.

Etat présent :

Le 2 novembre. Autour de l'angle interne de l'œil, c'est-à-dire, au nez, ainsi qu'à la paupière supérieure, tout à fait dans l'angle de l'œil, existent plusieurs vésicules à pourtour rouge, qui commencent à se dessécher. Toute la paupière supérieure présente une tuméfaction œdémateuse et de la rougeur inflammatoire. L'arcade sourcilière est occupée par un groupe de vésicules vert jaunâtre, légèrement confluentes. Au milieu de l'arcade et en dehors se voient deux groupes de vésicules récentes, blanc jaunâtre, en partie confluentes. Vers le bord de la paupière et à la paupière même se trouvent des vésicules disséminées, grandes comme des têtes d'épingle.

(Photographié le 2 novembre).



PLANCHE XIV

Dermatite artificielle (*Cantharides*).

S. M., manipulateur chez un droguiste, 35 ans, bien portant.

Le 27 mars, le patient était occupé de 7 heures 1/2 du matin à 3 heures de l'après-midi, à passer au tamis de la poudre de cantharides et avait transpiré pendant son travail. — Le soir, il ressentit une sensation de brûlure. Il se produisit des vésicules qui se développèrent pendant la nuit.

Etat présent :

Aux avant-bras et à la nuque se sont formées des ampoules de forme irrégulière, à contenu séreux, fortement tendues et à voisinage rougeâtre.

Le reste du corps ne présente rien d'anormal.

Compresses de Burow.

Tab. 16.



PLANCHE XV

Psoriasis vulgaris punctata et guttata.

G. J., serrurier, 17 ans, admis le 23 mars 1886.

Il y a deux ans, le patient a déjà présenté une éruption psoriasique généralisée, qui fut traitée avec une pommade et qui a disparu en laissant toutefois quelques traces aux genoux. L'éruption actuelle a été observée, il y a 15 jours, par le patient, sur les bras. A la face, au tronc et aux extrémités se trouvent des efflorescences psoriasiques nombreuses, punctiformes, ou grandes comme des lentilles et pourvues d'une squame superficielle caractéristique. Au-dessus des surfaces d'extension de l'articulation des genoux se voient des efflorescences plus grandes, de date moins récente. Le patient est bien développé, et ne se plaint d'aucun trouble de la sensibilité. La figure ci-contre fut prise 14 jours après le début de l'affection. Trois semaines après ce début, les efflorescences sont encore plus nombreuses, en partie déjà confluentes et partout recouvertes de squames à reflet argenté. Le bord en est rouge vif.



Tab.43

PLANCHE XVI

Psoriasis vulgaire confluent.

H. G., 41 ans, ouvrier cordonnier, admis le 22 janvier 1896.
Anamnèse : Il y a 4 ans, le patient eut la même maladie. Depuis 5 mois, il remarque que l'affection a récidivé. Il s'est fait des lavages au pétrole, mais n'en obtenant pas de résultat, il est venu à l'hôpital.

Etat présent : Tout le corps du patient est garni d'efflorescences psoriasiques. Celles-ci confluent en certains endroits où la peau est uniformément rouge et couverte de squames. Ces endroits se trouvent notamment aux jambes, à la surface externe des cuisses, dans la région lombaire et aux surfaces d'extension des avant-bras. L'éruption du cuir chevelu est entièrement confluente, de telle sorte que le cuir chevelu forme avec les cheveux une épaisse croûte blanchâtre. Au tronc, au menton et au front se voient quelques efflorescences isolées, grandes comme des têtes d'épingle ou des petits pois.
Toutes les efflorescences s'élèvent un peu au-dessus du niveau de la peau, sont couvertes de minuscules squames blanches et entourées d'une marge rouge, large d'un demi-millimètre.

Traitement : Pommade à la chrysarobine.
Le 28 janvier. La pommade ayant déterminé une conjonctivite, on en cesse l'application pour la reprendre quelques jours après. Guérison.



PLANCHES XVII et XVIII

Psoriasis vulgaris nummularis et scutata.

S. J., 64 ans, célibataire, vigneron, admis le 5 février 1896. — Le patient dit s'être bien porté jusqu'en 1868, époque où, sans cause apparente, il perdit rapidement ses cheveux. Il est un peu buveur. Il dit que l'affection actuelle est apparue la première fois, il y a environ 6 mois, aux mains et au tronc.

Il se développa alors, avec un peu de prurit, des vésicules qui crevaient et dont le contenu se transformait en croûtes. Pendant quelque temps, le patient décollait ces croûtes desséchées avec de l'huile ; mais il s'en reformait toujours de nouvelles. L'éruption à la tête et à la face n'apparut que plus tard.

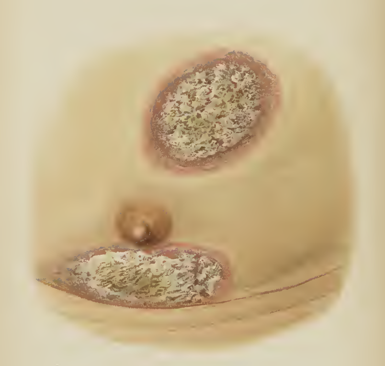
Etat présent : Le patient est de forte ossature, mais affaibli. La tête est couverte de croûtes qui se tiennent de telle façon que, si on les détachait en totalité, elles donneraient le moulage du crâne. Sous ces croûtes, le cuir chevelu glabre est aminci, hyperémique.

Autour des paupières se trouvent des points œdémateux, suintants.

Il y a, en plus, de l'œdème chronique du tissu conjonctif, un ectropion modéré des paupières inférieures et un larmoiement abondant.

La poitrine et la région supérieure de l'abdomen, ainsi que les extrémités sont le siège d'éruptions étendues, qui occupent des champs isolés, dont les dimensions varient entre celle d'une pièce de deux francs et celle de la paume de la main, et davantage encore. Les diverses plaques présentent au centre des stratifications squameuses serrées, avec un bord périphérique hyperémique. On ne constate pas de formation de nouvelles vésicules. La planche XVII représente deux des plaques les plus récentes, situées autour du mamelon ; la planche XVIII, la tête, après décollement d'une partie des croûtes.

Traitement : Onguent de diachylon, huile de foie de morue, pommade au précipité blanc, au pyrogallol ; guérison.





PLANCHES XIX et XIX *a*

Psoriasis annulaire.

H. F , 21 ans, journalier, admis le 5 juillet 1896. Il existe depuis 8 ans sur la peau de ce malade une formation papuleuse, avec desquamation. Le traitement institué, il y a 2 ans, par un médecin qui avait prescrit de la teinture de goudron et des gouttes (arsenicales ?), le traitement au pyrogallol, à la chrysarobine et aux pilules appliqué l'hiver dernier pendant trois mois, sont demeurés sans résultat.

Etat présent: Le patient est de force, d'ossature et de musculature moyennes. Les organes internes sont normaux.

Au tronc et aux extrémités supérieures se trouvent des papules rouges, punctiformes ou grandes comme des lentilles, à centre recouvert d'une petite squame et à lisière rouge, étroite, ainsi que des efflorescences arrondies plus grandes, à base infiltrée. C'est notamment au ventre et au tiers supérieur des extrémités inférieures que se trouvent des foyers composés d'un centre rouge, infiltré, dépourvu de squame et entouré d'une lisière annulaire, recouverte de squames blanches, brillantes

Administration de thryroiodine en capsules de 0,50 ; on commence par 1 capsule par jour et on continue de façon à augmenter la dose de 1 capsule tous les trois jours.

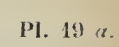
On contrôla en permanence le pouls qui ne présenta pas, dans l'ensemble, de fortes variations, et le poids du corps qui oscilla entre 57 et 52 kilog. ; l'état du patient s'améliora peu à peu et de telle façon que, le 19 août, l'état était le suivant:

Les efflorescences psoriasiques des bras sont pâles ; l'infiltration et la stratification squameuse ont disparu.

Même les anneaux de la poitrine, du ventre et du dos sont d'un ton rouge pâle, parfois lavé de brun ; l'infiltration est en voie de régression et la stratification squameuse est réduite au minimum. Pouls 100, régulier.

Au commencement de septembre, il existe encore au tronc quelques efflorescences un peu élevées, ainsi que quelques plaques qui sont encore un peu rouges. Le 19 septembre on congédie le patient guéri.

Tab. 19.



Pl. 19 *a*.

PLANCHE XX

Psoriasis annulaire serpigineux.

Ch. F., 21 ans, ouvrier, admis le 15 mars 1897. Le patient a été affecté de psoriasis la première fois en 1893. Les plaques se trouvaient alors aux surfaces d'extension des coudes et des genoux. Le traitement au pyrogallol et à la chrysarobine améliora cet état.

Depuis un an, le malade remarque une modification des plaques qui guérissent au centre, mais se développent périphériquement.

Etat présent : Le patient est de structure gracile, assez bien nourri. Organes internes intacts.

Au tronc et aux extrémités existent à côté d'effflorescences de psoriasis punctata, guttata et nummulaire, disséminées, des foyers annulaires ou oblongs qui renferment une partie centrale pigmentée de brun. Les bords en sont élevés, rouges et couverts de squames.

Çà et là se voient, en dedans de ce centre pigmenté, des plaques grandes comme des lentilles ou des petits pois.

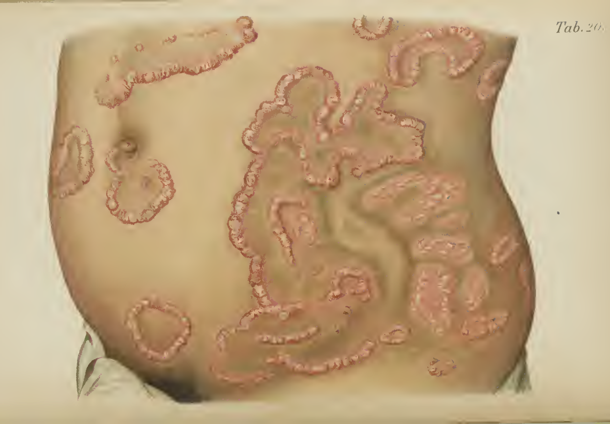
Aux parties latérales de la poitrine et du ventre et aussi au dos prédominent les formes de psoriasis annulaire et figuré, dont les parties centrale et périphérique présentent des conditions analogues.

La disposition des plaques au dos n'est pas dépourvue d'une certaine symétrie.

Le cuir chevelu est rouge, couvert de squames épaisses.

Le patient pèse, le 17 mars, 54 kilos 5.

Traitement : iodothyrine. Le poids du corps est, le 6 avril, de 52 k. 1. Le 16 avril, le malade, dont l'état s'est amélioré, est congédié sur sa demande.



Tab. 20.

PLANCHES XXI, XXI *a*, et XXI *b*

Psoriasis vulgaire. Cornes cutanées. Goutte de la main droite et du pied gauche.

H. I., 58 ans, aubergiste, admis le 5 mai 1897. Il résulte des dires du patient que son père souffrait de la goutte. Il fit, en 1881, à l'âge de 33 ans, une maladie qui débuta par de la faiblesse générale. Celle-ci augmenta et les chevilles se tuméfièrent. Cet état persista quelques mois, puis s'améliora. En 1883, le patient tomba de nouveau malade et dut garder le lit pour de la tuméfaction et des douleurs des articulations, notamment de celles des extrémités inférieures, ainsi que de la région sacrée.

En 1887, nouvelle affection analogue à la précédente.

En 1891 se développa à la tête une tumeur qui dut être enlevée par une intervention chirurgicale.

En 1889 se produisirent à l'articulation de l'épaule droite des nodules squameux; depuis il s'est développé d'autres efflorescences analogues aux extrémités et au tronc. Jusque-là, il n'y avait rien eu aux mains. Ce n'est que depuis trois mois que celles-ci sont affectées et que la droite est douloureuse. Le patient a considérablement maigri dans ces derniers temps. L'appétit est bon ; les selles sont paresseuses et n'ont parfois lieu que tous les cinq jours. La quantité d'urine éliminée en 24 heures révèle une augmentation absolue de l'acide urique. Une quantité d'urine normale de 1500 cmc. laisse un dépôt considérable d'acide urique.

Etat de l'urine :	Acide urique . . .	1,02 gr.
	$Ph^2 O^5$ total . . .	1,32 gr.
	$Ph^2 O^5$ neutre . .	0,78 gr.

Coefficient de Zerner : 1,3 (au lieu de 0,35 qui est la normale,

Tab 21

il existe donc une diminution considérable du pouvoir dissolvant de l'acide urique).

Etat présent :

Le patient est grand, très maigre, pâle, de structure gracile. Température normale ; pouls, 63, plein. Parois artérielles rigides.

Poumon emphysémateux, avec sibilances et ronchus abondants. Pas de matité précordiale absolue.

Foie et rate non palpables. — La peau est en général sèche, se plisse facilement, le pannicule adipeux faisant défaut.

Aux avant-bras la peau est d'une consistance parcheminée et plissée; elle forme des plis encore plus épais aux cuisses. A l'exception de la figure, du cou, de la poitrine et du dos jusqu'à la région sacrée, le corps présente des efflorescences dont les dimensions varient entre celles de lentilles et celles de la paume de la main. (Psoriasis guttata et nummularis).

A certains endroits, comme au siège et aux jambes, ces efflorescences confluent de façon à former des guirlandes.

Au point qui correspond à l'olécrâne gauche se trouve une squame grande comme une châtaigne, hémisphérique, dure, en forme de bouclier et qui est assise comme une coquille sur sa base ; son voisinage immédiat est formé par un rebord rouge, infiltré. Des stratifications de croûtes analogues, mais plus petites, de forme plus conique, s'observent aux avant-bras, aux mains et aux extrémités.

Le décollement d'un de ces boucliers, ou coquille, fait voir le corps papillaire saignant légèrement.

A la surface d'extension du coude droit existent des plaques psoriasiques ordinaires.

A la surface d'extension des genoux se voient des croûtes jaune miel sur de la peau rèche, rugueuse comme une lime.

A la surface d'extension des deuxièmes articulations phalangiennes de la main gauche sont des croûtes faisant saillie comme des cornes et composées de squames concentriquement superposées ; elles maintiennent les doigts, à l'endroit de ces articulations, fléchis de manière à former un angle et les empêchent de se tendre, ce à quoi contribue du reste aussi la raideur des articulations.

Les ongles de ces doigts sont très épaissis, de couleur gris sale,

crevassés dans le sens longitudinal et détachés de la matrice par un substratum corné, haut d'environ 4 millimètres.

La main droite (XXI *a*) est considérablement tuméfiée, rougie et infiltrée, notamment au côté dorsal et aux doigts. La peau est couverte de croûtes blanches, brillantes, lamellées, très serrées.

Aux deux paumes s'observent des squames cornées, dures, jaunâtres.

Les ongles de cette main dépassent le bout des doigts à la façon de griffes et reposent sur un substratum corné moins épais qu'à la main gauche.

La phalange basale des orteils est saillante; ceux-ci sont dans une position de valgus, surtout l'orteil gauche, au reste fléchis et recouverts de masses squameuses cornées. A la plante des pieds s'observent des kératifications analogues. Les ongles des doigts de pieds sont très irréguliers, en partie incomplets, rouges et composés, par endroits, comme à l'orteil droit, d'un conglomérat de masses cornées de forme irrégulière.

Dans la suite, le patient se plaignit de toux et de douleurs dans les articulations de la main.

On lui prescrivit une cure de Carlsbad, le régime lacté et des bains ; au bout d'un mois de ce traitement, la plupart des croûtes étaient tombées.

Le 14 juin. Les kératifications psoriasiques des coudes, des jambes et de l'articulation tibio-tarsienne sont tombées; seul leur bord est encore rouge et se desquame superficiellement.

L'affection articulaire s'est considérablement atténuée; les ongles sont cornifiés, épaissis, incurvés, s'exfolient et se crevassent.

Le patient a meilleure mine. Au bout de 6 semaines de traitement, son état se trouvant amélioré, il demande à s'en aller, ce qu'on lui permet.

Pl. 21 *a*.

Pl 21 *b*.



PLANCHES XXII et XXII *a*

Lichen ruber plan.

U. S., 31 ans, sans profession. Chez cette patiente, l'exanthème est localisé, à la poitrine, au dos et au cou. La figure en est exempte. Aux extrémités supérieures, ce sont les surfaces de flexion qui sont particulièrement affectées ; aux surfaces d'extension ne s'observent que quelques rares efflorescences. Quant aux extrémités inférieures, l'affection occupe notamment la surface antéro-interne des cuisses, et aux jambes, elle s'observe principalement aux surfaces de flexion. Au dos, à la poitrine et à la surface interne des cuisses, les diverses efflorescences sont, par suite de leur confluence, moins distinctes et séparées par des bandes de peau normale. A ces endroits, la peau est presque uniformément d'un rouge cuivre teinté de brunâtre, chagrinée et çà et là couverte de petites squames blanchâtres très adhérentes. Aux points où l'affection s'arrête, par exemple, à la limite du visage qui en est exempt ou vers le milieu de l'avant-bras, elle est représentée par des nodules folliculaires rouges, résistant à la palpation, pâlissant sous la pression digitale et gros comme des grains de mil. Au sommet de ces nodules s'observe presque partout une petite squame centrale d'épiderme exfolié.

A certains endroits les efflorescences sont déchirées par le grattage et recouvertes de croûtes hémorrhagiques, d'un brillant mat. Rien à la muqueuse buccale.

On prescrivit pour l'usage interne des pilules asiatiques et comme traitement externe, une pommade à l'acide salicylique et à la résorcine.





PLANCHE XXIII et XXIII *a*

Eczéma artificiel vésiculeux.

Ch. K., admis le 16 janvier 1896.

A l'admission, le patient était affecté de gale. Le 16 et le 17, il s'est frictionné avec de l'onguent au naphtol pour combattre la gale. Le 19, il tomba malade avec de la fièvre : 38°,2, le soir 39°,1. Sur l'épiderme apparut un eczéma. Le 20, la température du matin était de 38, le soir, de 39. L'éruption vésiculaire de l'eczéma continue. L'urine renferme de grandes quantités d'albumine. Le 21, la température est de 37°,6 le matin, le soir, de 37°,1 et les vésicules sont en majeure partie desséchées.

La planche XXIII représente la peau de la surface externe et antéro-interne de la partie moyenne de la cuisse droite (comp. planche XXIII *a*).

La surface externe des cuisses, qui est le moins affectée, est parsemée de nodules irrégulièrement disséminés, qui présentent, à la surface, ou des croûtes minces, en voie de dessiccation, ou de l'épiderme crevassé.

La surface antérieure des cuisses est parsemée de vésicules jaunâtres dont le voisinage est légèrement rouge.

Les dimensions des vésicules varient entre celles d'une tête d'épingle et celles d'une lentille. A certains points elles ont conflué de manière à former des amas irréguliers où l'épiderme de quelques vésicules est soulevé par le pus qu'elles renferment. A la surface interne des cuisses, l'épiderme s'est desséché de façon à former des croûtes brillantes de couleur jaunâtre, et est divisé par des lignes blanches (crevasses) en champs irréguliers.

Le 22 janvier, toutes les pustules sont desséchées et les symptômes inflammatoires ont disparu. Le patient se trouve mieux.

La dermatite en question a été déterminée par le naphtol (6,5 0/0) qui, absorbé, a irrité les reins de telle sorte que dès le début on pouvait constater dans l'urine de grandes quantités d'albumine et de naphtol.

Tab. 23.

Pl. 23 *a*.

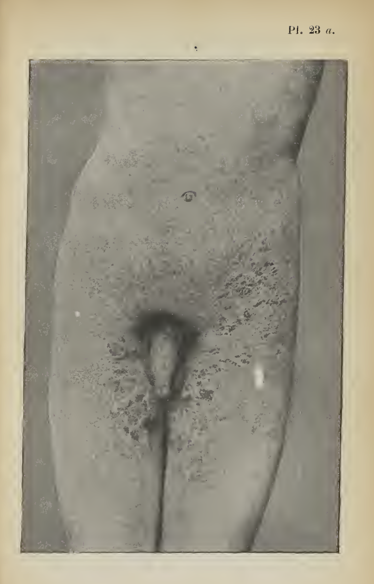


PLANCHE XXIV

Eczéma artificiel aigu.

Sch. I., 47 ans, ouvrier à l'arsenal, admis le 6 août 1896. Le 5 août, un morceau de fer rouge tomba sur lui et détermina des brûlures au cou, aux mains et au thorax. On le pansa d'abord avec de la gaze iodoformée, puis avec du liniment oléo-calcaire.

Etat présent : Le patient est de force moyenne, bien bâti. Organes internes normaux.

Au cou et à l'avant-bras droit jusqu'à la main s'étendent des plaies par brûlure de premier et de second degré. Au côté gauche du thorax existe une rougeur diffuse. Température et pouls normaux. Etat général bon.

Pansement à la pommade boriquée.

A la suite de l'application d'une pommade au naphtol dont, par suite de la maladresse d'une infirmière, le patient se frictionna la muqueuse des lèvres, se déclara, dès le lendemain, un érythème sur tout le tronc.

Immédiatement après, apparut une forte tuméfaction œdémateuse du visage ; en même temps se développa un eczéma en forme d'innombrables vésicules purulentes occupant tout le corps, mais notamment les cuisses. Entre temps le patient eut des attaques de dyspnée grave, température du matin 38°,5.

Le 15 août. Les yeux sont fermés par suite de la tuméfaction des paupières et ne peuvent s'ouvrir que difficilement. La bouche s'avance en forme de trompe. Les lèvres sont fortement tuméfiées.



Au menton et aux joues, à la lèvre supérieure et dans les orifices du nez existent des stratifications de croûtes, ainsi qu'au cou, au bras droit, à la partie supérieure du thorax, à la surface interne des cuisses, et à un léger degré, au bras gauche.

Au bout de deux jours, la tuméfaction de la figure avait considérablement diminué. Le patient pouvait assez bien ouvrir les yeux. La température est redevenue normale. L'état général est bon.

Le 25 août. La tuméfaction et la rougeur ont complètement disparu ; des points rouges représentent encore quelques restes d'eczéma.

Le patient fut congédié guéri.

PLANCHES XXV et XXV *a*

Eczéma impétigineux artificiel.

B. Ph., admis le 9 décembre 1895. Le patient qui a bonne mine et qui est vigoureux déclare avoir depuis 2 mois une éruption qui lui cause des démangeaisons, notamment le soir. Du 22 au 27 novembre, le patient s'était frictionné vigoureusement, notamment aux endroits où existe l'éruption actuelle, avec de l'onguent dyachylon (30,0) et de la vaseline (20,0). Au bout des 5 jours, il remarqua aux endroits susdits l'apparition d'une inflammation et le développement de vésicules de pus.

État présent : Les surfaces d'extension des deux jambes jusqu'au tiers inférieur, de même que la surface postérieure de la cuisse droite au tiers inférieur sont parsemées de vésicules de pus disposées par groupes irréguliers. Au milieu de chaque vésicule s'élèvent un ou plusieurs poils. Le voisinage des vésicules isolées est rongé. Là où plusieurs confluent, la rougeur conflue aussi. Celle-ci est vive et disparaît un instant sous la pression digitale. Il n'existe nulle part d'infiltration plus profonde. Les vésicules de vieille date présentent déjà un contenu hémorrhagique. Quelques-unes ont éclaté, et l'épiderme mince avec le contenu s'est desséché, de façon à former une croûte rouge. Le reste du corps du patient est exempt d'efflorescences. Çà et là se voient des traces de grattage, notamment aux surfaces de flexion et aux aisselles.

Le patient fut admis 3 jours après l'apparition de l'exanthème et 7 jours après le début du traitement. Le 20 décembre, toutes les pustules étaient desséchées, la plupart se sont desquamées. Quelques furoncles qui se sont produits entre temps sont en partie guéris. Le 21 décembre, on congédie le patient sur sa demande.

Tab. 25.



Pl. 25 *a.*

PLANCHE XXVI

Eczéma marginé.

B. F., 15 ans, écolier.

Le patient souffre de cette affection de la peau depuis l'âge de 9 ans. Il y avait de temps à autre de légères sensations de brûlure. L'affection se développa tout d'abord à la surface antérieure de la cuisse droite, plus tard à celle de la cuisse gauche, dans la région pubienne et aux parties génitales.

État présent :

La peau de la surface médiane des cuisses jusqu'au mont de Vénus est d'un rouge vif et dure à la palpation. Les endroits affectés sont séparés de la peau normale par une marge rouge brun, en partie garnie de squames.

Cette marge élevée doit son existence à la confluence de nodules dont les dimensions varient entre celles d'une tête d'épingle et celles d'une lentille. Le centre est finement et irrégulièrement plissé et en majeure partie pigmenté de gris brunâtre.

Au scrotum et au pénis s'observent des efflorescences analogues à celles des cuisses, mais de date plus récente.

Au tronc se voient çà et là, et notamment à la surface antérieure du thorax, des nodules grands comme des grains de mouron, d'un rouge jaunâtre, et légèrement desquamants. Dans les creux axillaires il y a de l'eczéma marginé confluent.

Séborrhée du cuir chevelu. Le patient fut congédié au bout de 31 jours d'un traitement consistant en lavages au lysol (5 0/0) et au savon, de pommade au naphtol et d'onguent de Lassar.

Tab. 20



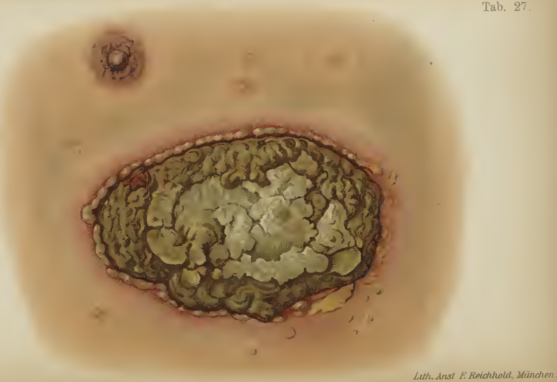
PLANCHE XXVII

Eczéma du thorax (mycotique ?)

N. N., garçon boucher.

Au-dessous du sein droit existe une plaque large comme la moitié de la paume de la main et recouverte de croûtes les unes blanchâtres, les autres jaune verdâtre, et dont la périphérie est rouge. La lisière rouge est en majeure partie occupée par des vésicules blanchâtres ; une partie de la périphérie est seulement délimitée par de l'épiderme décollé.

Dans le voisinage moins immédiat s'observent, sur un fond un peu rouge, quelques petites vésicules.



Lith. Anst F. Reichhold, München.

PLANCHES XXVIII et XXVIII *a*

Ezéma madidans et crustosum (mycotique?)

J. S., 28 ans, meunier.

Durée du traitement : du 20 octobre au 7 novembre 1896.

L'affection pour laquelle le patient demande à être admis existe, à l'en croire, depuis le mois de juin 1896.

État présent :

A la jambe gauche se trouve une surface large comme la paume de la main, irrégulièrement délimitée et recouverte de croûtes jaunâtres, sèches. L'enlèvement des croûtes met à nu le chorion suintant. Dans le voisinage de l'affection se trouvent quelques pustules grandes comme des lentilles ou comme une pièce de 50 centimes. Tout le bras gauche présente des surfaces analogues, en partie suintantes, en partie couvertes de croûtes jaune miel, larges comme un ongle ou comme une pièce de 50 centimes et séparées les unes des autres.

La guérison est obtenue par l'application d'onguent de diachylon et plus tard de pâte de Lassar.



Pl. 28 *a*.



PLANCHE XXIX

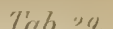
Prurigo.

B. H., 13 ans, écolière, admise le 26 août 1897.

L'affection de la peau existe depuis le premier âge. La peau des surfaces d'extension des extrémités et notamment des genoux est épaissie, plissée, en forme de vergetures, de couleur brunâtre.

Elle est en outre parsemée de nombreux nodules, et présente de grandes érosions dont la plupart sont couvertes de croûtes hémorrhagiques et laissent encore reconnaître à la périphérie des restes d'épiderme arraché par grattage. Entre ces érosions existent des points pigmentés de rougeâtre et de brunâtre, indiquant la place d'efflorescences passées.

Le *traitement* a consisté en bains et en applications d'onguent, qui améliorèrent l'état de la patiente. On congédia celle-ci au bout de 26 jours de traitement.



Tab. 29.

PLANCHE XXX

Acné vulgaire disséminée.

M. A., 17 ans, tourneur en fer, admis pour des condylomes acuminés.

Le patient souffre, depuis plusieurs années, d'éruptions continuelles de nodules purulents du visage, du cou et du dos.

Ces nodules correspondent aux follicules pilo-sébacés ; ils sont rouges, grands comme des têtes d'épingle ou des lentilles ; les plus grands présentent à leur centre un contenu purulent jaunâtre.

Le reste de la peau est assez pâle.

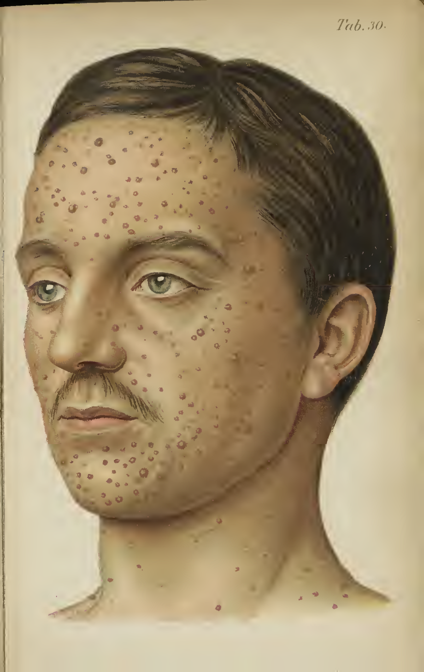


PLANCHE XXXI

Sycosis framboësioïde.

T. A., 54 ans, débitant de boissons, originaire de la Galicie, admis le 7 mai 1896 dans le service du prof. Lang.

En 1890, le patient eut à la lèvre supérieure un nodule qui se transforma plus tard en un point suintant. En même temps apparaissaient dans le voisinage d'autres nodules et d'autres points suintants qui allaient toujours se multipliant. En l'espace de 4 ans, le processus avait envahi toute la région de la moustache.

Au début de l'affection, le patient suivit dans son pays natal un traitement consistant en applications de pommades.

Etat présent : Toute la lèvre supérieure est occupée, à droite jusqu'à 1 cm. 1/2 et à gauche jusqu'à 1 cm. au delà des commissures, par une formation exagérée de croûtes, de couleur verdâtre, en majeure partie reliées entre elles, et présentant dans leur intervalle des îlots d'épiderme raccorni.

Les stratifications ont une hauteur d'environ 1/2 centimètre. Entre elles se trouvent de rares poils, mollement implantés, faciles à arracher sans douleur, et tuméfiés à la racine.

Au centre de la lèvre supérieure et à la partie supérieure de droite, la peau est rouge, infiltrée, en partie recouverte de squames. Des commissures des lèvres le processus s'étend dans la direction d'en bas ; à ces points les croûtes ne sont pas aussi massives et se détachent facilement.

Tab. 41



PLANCHE XXXII

Furonculose.

T. I., 36 ans, palefrenier, admis le 1er avril 1897.

L'affection de la peau existe depuis 8 jours ; le patient ne sait pas à quelle cause l'attribuer. Les premières manifestations se sont produites sous la région du coccyx et se sont étendues dans la direction de la région sacrée et des extrémités inférieures. Depuis 3 jours, le patient a eu plusieurs fois des frissons.

Etat présent :

Le patient est grand, bien bâti, bien nourri.

A la peau du siège, à la surface externe de la cuisse gauche mais plus rares aux autres parties des extrémités inférieures, à l'exclusion de la surface d'extension, existent des ulcérations dont les dimensions varient entre celles d'une pièce d'un centime et celles d'une pièce de deux francs et plus, et qui sont recouvertes de croûte, d'un jaune bleuâtre, à plusieurs couches superposées et adhérant solidement à la base purulente.

Le fond infiltré et le halo rougi à infiltration inflammatoire indiquent nettement que le processus est une affection pénétrant profondément dans la peau et ressemblant plutôt au furoncle.

La culture de la matière sécrétée a produit des staphylocoques et des streptocoques.

A la suite d'un traitement désinfectant au sublimé et de pansements à l'onguent de diachylon blanc, la guérison s'opère en l'espace de 16 jours.



Tab. 12.

PLANCHES XXXIII, XXXIV, XXXIV *a*

Pemphigus vegetans.

H. O., 78 ans, admise la première fois le 28 février 1894, pour une éruption vésiculeuse. L'affection actuelle s'est produite il y a trois semaines.

A l'admission, en 1894, la patiente avait une mauvaise nutrition et avait les pieds et les mains légèrement œdémateux. Tout le corps était irrégulièrement parsemé de vésicules de pemphigus et de croûtes formées par celles-ci. A la circonférence de l'anus et notamment aux plis anaux existaient des proliférations verruqueuses. La pigmentation plus forte de la peau, et surtout de celle du cou, du dos, des creux axillaires et de la région génitale, existait déjà sans qu'on pût savoir pour quelle raison.

Toutes les vésicules s'étant fermées, on put congédier la malade à deux reprises, mais elle revint dans notre service où elle se trouve depuis le mois d'août 1895. Le seul fait qui mérite d'être signalé depuis qu'elle est en observation, c'est que de nouvelles poussées de vésicules plus ou moins considérables se produisent de temps à autre sur tout le corps.

La pigmentation brun jaunâtre d'autrefois s'est transformée au cou, à la nuque, à l'abdomen et aux creux axillaires en une coloration noire sépia. Bien que toute la peau soit assez sèche, et qu'aux mains (pl. XXXIII), aux surfaces internes des cuisses elle soit, au toucher, dure comme du cuir, les endroits de la peau pigmentés en noir rappellent, par leur formation verruqueuse et papillomateuse, l'acanthosis nigricans.

Dans les creux axillaires s'observent des indurations cutanées plates, verruqueuses et papillomateuses, provenant de la régression de matière sébacée hyperémique, caséeuse dans les sillons et dépressions de proliférations papillaires. Aux plis génito-cruraux, aux lèvres des parties génitales et autour de l'anus existent encore des proliférations papillomateuses plus rouges qui reposent sur une large base et sécrètent une matière sébacée caséeuse. Au côté dorsal de la main se voient des vésicules de pemphigus récentes et d'autres de vieille date qui ont éclaté et sont bordées d'épiderme mort. La


Tab.

Tab. 34.



peau est grossièrement sillonnée, coriace, légèrement tuméfiée et rouge autour des vésicules. A la figure (XXXIV *a*) et aux lèvres se voient de petites vésicules de pemphigus crevées. Le reste du corps présente çà et là des éruptions vésiculaires de peu d'importance, mais s'accompagnant d'un prurit importun qui empêche la patiente de dormir.

Celle-ci s'est beaucoup affaiblie et pèse 47 kilos.

Depuis 1898, son état s'est amélioré d'une façon notable. Les éruptions de la peau ont diminué de nombre et d'importance ; l'état subjectif de la patiente est satisfaisant.

Le traitement externe consistait notamment à tenir la peau très propre et à soigner les excroissances papillomateuses avec des poudres sèches et des médicaments appropriés. Le traitement interne a comporté des fortifiants, une bonne nourriture, des préparations arsénicales pendant 2 mois et du liquide de Brown Séquard pendant 9 mois. A l'heure qu'il est, la patiente ne reçoit plus de médicament.

Pl. 34 *a*.

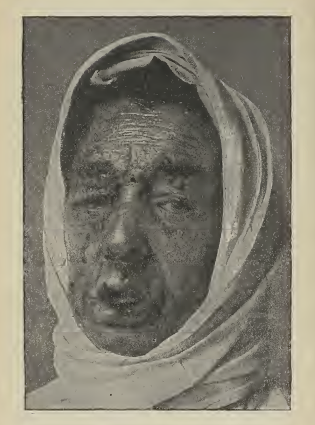




PLANCHE XXXV

Nævus verruqueux.

M. H., 27 ans, domestique, admise pour syphilis.

Depuis l'enfance, la patiente a, entre les épaules, un placard pigmenté de brun et de forme ovale allongée.

Elle présente une périphérie de couleur brun clair et légèrement ondulée, un centre brun foncé avec de petites tumeurs lisses verruqueuses, élastiques au toucher et qui ne sont pas plus sensibles que la peau normale.

PLANCHE XXXVI

Nævus pigmentaire unilatéral.

B. C., 22 ans, ciseleur, admis pour ulcérations vénériennes : il porte ses altérations pigmentaires depuis l'enfance, et n'en a jamais été incommodé. La peau de la partie droite du siège, ainsi que celle située immédiatement au-dessous du pli fessier, présente une coloration brun jaunâtre irrégulièrement délimitée, tout en étant de structure et de sensibilité normales. Au bas de la surface interne de la cuisse la tache pigmentée s'étend jusque dans la région de l'articulation du genou, puis elle s'élargit, envahit le creux poplité et toute la surface de la jambe jusqu'au côté dorsal du pied.



PLANCHE XXXVII

Hyperchromie arsenicale *(par usage de liqueur de Fowler).*

L. F., 24 ans, admis pour pleurésie dans le service du docteur von Bamberger, déclare avoir été en 1895 deux fois en traitement : une fois tout le mois de juillet et une autre fois, de fin août au commencement d'octobre (pendant 6 semaines), à l'hôpital des Frères de la Miséricorde, pour une éruption squameuse. Les deux fois, il commença par prendre, au début du traitement, 5 gouttes de la teinture arsenicale de Fowler. La première fois la dose fut portée jusqu'à 20 gouttes par jour ; la deuxième fois, jusqu'à 25.

L'éruption squameuse disparut peu à peu, mais elle fut suivie de taches foncées actuellement existantes.

Etat présent :

11 novembre 1895. Les poils du patient sont noirs, la peau est brun jaunâtre. Aux surfaces d'extension des avant-bras, aux coudes et dans la région de l'articulation des genoux existent quelques efflorescences psoriasiques, éparses, dont certaines sont encore couvertes de squames.

La peau du corps, à l'exception de celle de la figure, du cou, des mains et des pieds est parsemée de taches brun rougeâtre, couleur sépia.

La plupart sont isolées et de dimensions variant entre celles d'un petit pois et celles d'une pièce de deux francs ; mais les taches mélaniques, larges et confluentes, pareilles à des cartes géographiques, ne manquent pas.

Le milieu de la plupart des taches, notamment des isolées, présente un centre plus clair, et la couleur du bord se dégrade peu à peu et insensiblement jusqu'à la couleur normale de la peau. Il n'existe nulle part de formation squameuse ou de tuméfaction de la peau, qui présente la structure normale et ne diffère pas, au toucher, de la peau normale.

Pendant les 4 et les 6 semaines de traitement, le patient avait pris la première fois 340, la deuxième, 570 gouttes de teinture, en tout environ 900 gouttes, ce qui représente 30 grammes, soit environ 0gr. 26 d'acide arsénique.



PLANCHE XXXVIII

Lichen pilaire.

J. H., 18 ans, domestique, admise pour blennorrhagie et papillomes acuminés

Elle déclare avoir toujours eu la peau dure.

Elle vient de constater l'apparition d'innombrables petits points brunâtres.

Etat présent :

La patiente est bien bâtie, bien nourrie. La peau est en général mal soignée.

Le dos, les surfaces d'extension des extrémités sont parsemées d'innombrables petits nodules, irrégulièrement disséminés, pigmentés de brun et grands comme un point d'aiguille.

La peau est rèche au toucher et sèche, notamment aux coudes et aux genoux.

La patiente n'a jamais eu de prurit ni de sensations analogues.



PLANCHE XXXIX

Ichthyose.

A. H., 27 ans, domestique, admise le 29 mars 1897, dans le service du professeur von Bamberger.

Anamnèse : La patiente souffre d'un catarrhe gastrique aigu et dit avoir toujours eu l'estomac délicat, sensible. La peau est rugueuse et cassante depuis l'enfance. Le frère de la patiente présente la même affection de la peau. Il n'y a pas d'autres affections à signaler.

Etat présent : La patiente est de taille moyenne, assez bien nourrie, pâle. L'épigastre est sensible à la pression.

L'urine renferme de l'albumine et de l'acétone en petite quantité ; dans le dépôt existent des leucocytes, des cellules épithéliales et des cylindres granuleux.

Tout le côté droit du corps est hyperesthésique ; il n'existe pas de réflexes patellaires, ni de réaction de la pupille.

La peau de tout le corps et particulièrement celle du ventre, du dos et des lombes est rêche, l'épiderme se décolle par lamelles, entre lesquelles le nouvel épiderme apparaît plus rouge, de telle sorte que, par leur couleur blanc grisâtre, les fines lamelles épidermiques se détachent sur un front rouge.

La vergeture créée par les crevasses de l'épiderme et l'ordonnance de ces lamelles et des squames correspond aux sillons de la peau.

Le catarrhe de l'estomac guérit, et au bout de 13 jours de traitement, la patiente fut congédiée avec la peau dans le même état qu'à l'admission.



PLANCHE XL

Hyperkératose palmaire.

L. K., 36 ans, admis le 26 novembre 1896.

Le patient est ouvrier terrassier, et il croit que c'est son genre de travail qui est la cause du mal ; il dit avoir souffert déjà antérieurement de formations calleuses des mains.

L'état actuel existe depuis 14 jours, au dire du patient. Celui-ci a toujours souffert de transpiration abondante des pieds et des mains.

Etat présent: A la paume des mains et aux surfaces de flexion des doigts des deux mains (à droite plus qu'à gauche), la peau est épaissie par des stratifications de substance cornée, lamelleuse et qui s'exfolie en partie. La kératose est le plus prononcée au pouce et aux 1re, 2e et 3e paumes digitales, c'est-à-dire aux endroits qui sont le plus exposés à la pression du manche de la pelle.

Il existe des crevasses et des fissures assez profondes qui correspondent aux plis des articulations.

Les doigts, notamment ceux de la main droite, occupent une position de flexion. L'extension en est douloureuse. Les ongles sont également très épaissis ; entre eux et la matrice se trouve une couche d'épiderme non corné.

Des altérations moins accentuées s'observent à la plante des pieds.

Traitement: bains de mains, onctions grasses, onguent au diachylon ; le malade est renvoyé guéri après 50 jours.



Tab. 40.

PLANCHE XLI

Vitiligo

L. D., 21 ans, blanchisseuse, souffre d'une blennorrhagie.

La peau de la patiente est brune, les cheveux et les poils bruns, presque noirs.

Les surfaces internes des cuisses, les plis cruraux, les lèvres et le périnée sont d'une couleur singulièrement claire ; les poils des lèvres sont, jusqu'au mont de Vénus, en majeure partie blancs.

A l'exception du défaut de pigment, la peau et les poils ne présentent rien d'anormal.

Tab. 41



PLANCHE XLI *a*

Alopécie totale neurotique.

N. N., 22 ans, célibataire, admise le 13 octobre 1896. La patiente est d'une famille très nerveuse, extrêmement irritable, mais où il n'y a jamais eu de cas d'affection du cuir chevelu.

Etant enfant, la malade a eu la varicelle et à l'âge de 5 ans, elle contracta une diphtérie grave, avec récidive. Elle n'a pas pu s'en remettre et elle est restée, depuis, pâle et faible. Etant fillette, elle avait les cheveux d'un blond clair, très abondants et longs.

De 4 à 5 ans, elle souffrait parfois de desquamation du cuir chevelu, mais les cheveux ne tombaient pas.

A 7 ans, elle commença à aller à l'école et depuis, elle souffrait fréquemment de céphalalgie unilatérale périodique, localisée le plus souvent à l'occiput et à la nuque.

La patiente avait 10 ans quand, à l'occasion d'une excitation nerveuse, elle s'affaissa sans connaissance en perdant beaucoup de sang par le vagin. C'étaient les premières règles. Depuis, la patiente a ses règles toutes les trois semaines, sans en souffrir sensiblement.

Quelques mois après cette attaque, elle eut des migraines violentes ; elle remarqua aussi, depuis ce temps, que ses cheveux, qui alors tombaient jusqu'aux genoux, commençaient à s'éclaircir peu à peu, devenaient durs, cassants, et étaient fendus à l'extrémité.

A la suite d'une céphalalgie de longue durée et d'une hémorrhagie nasale prolongée, on apporta la malade sans connaissance à la Clinique de psychiatrie, où elle aurait eu des spasmes, des accès de fureur et aurait parlé comme une folle.

En une seule nuit, elle perdit tous ses cheveux, tous les poils des creux axillaires, du mont de Vénus, des sourcils, des cils ; depuis manquent également les vibrisses du nez, des oreilles, ainsi que les poils lanugineux.

Quand, au bout de 3 semaines, la malade eut repris sa connaissance et put quitter la Clinique, elle était chauve, et le demeura pendant 10 ans, jusqu'à la fin de l'année 1894.

Les symptômes nerveux auraient disparu dans cet intervalle de-

temps. En 1894, la patiente fut présentée, à la suite d'un traitement antisyphilitique, daus une réunion de médecins, comme un cas d'alopécie totale. Elle remarqua, à cette époque, que le cuir chevelu adhérait fortement au crâne.

Les 6 mois suivants, c'est-à-dire jusqu'au printemps de l'année 1895, il y eut des poussées de cheveux rares à l'occiput, puis au sommet, enfin aux côtés de la tête, accompagnées de prurit et de formation de nodules.

Le retour d'une violente migraine et d'une grande irritabilité fit tomber de nouveau, en l'espace de 2 à 3 semaines, les rares cheveux devenus assez longs pour toucher à l'épaule.

Dans les 5 derniers mois, exempts de symptômes nerveux, les cheveux actuellement existants ont repoussé, et depuis 7 à 8 semaines se voient aussi des poils lanugineux dans les creux axillaires et à la symphyse du pubis.

Etat présent : A l'exception d'une blennorrhagic vaginale et utérine, le corps ne présente aucune espèce d'altérations. A part un léger trouble dans la région de la branche frontale du nerf facial, la sensibilité de la peau à la pression, à la douleur et à la température, n'a pas souffert. Les réflexes des muscles, de la peau et des tendons ne font nulle part défaut. L'urine présente une augmentation considérable de l'élimination des phosphates.

Les ongles sont ternes et présentent des striures longitudinales prononcées ; ils sont pointillés par places, irrégulièrement déprimés, et les dépressions sont plus grandes et plus superficielles vers le milieu de l'ongle. La peau du crâne est pâle, lisse, brillante et se déplace sur son substratum, mais ne peut facilement se soulever en plis.

Les cheveux sont minces, atrophiques ; les plus longs ont de 15 à 20 cm., les poils lanugineux sont longs de 1 à 2 mm.

Certaines parties faciles à délimiter, presque symétriques, sont presque chauves et ces parties, comme les parties garnies de cheveux, concordent, par leur disposition, avec la distribution de nerfs de la peau (1re branche du trijumeau, 2e et 3e nerfs cervicaux).

Les sourcils ne sont garnis que de quelques poils, les cils font presque entièrement défaut ; les vibrisses manquent complètement. Tout le tégument cutané, notamment celui des extrémités, est sec, malgré les éruptions de sueur que la patiente observe, depuis quelques semaines, toutes les fois qu'elle a des céphalalgies.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est la coïncidence de l'alopécie rapide avec une psychose ; la coïncidence de troubles nerveux (migraines, congestions, hémorrhagies nasales) avec les variations que présentaient les cheveux dans leur croissance et leur chute, puis la symétrie des parties chauves et des parties garnies de cheveux ; la concordance, par places, de la présence de cheveux et de la distribution des nerfs de la peau ; ensuite, les troubles névro-trophiques des ongles et l'absence d'une lésion anatomique

causale du cuir chevelu; enfin, la tare nerveuse héréditaire. Toute la marche de l'affection indique l'origine nerveuse de l'alopécie qui doit être rangée parmi les cas d'alopécie totale prématurée neurotique.

(Ce cas a été observé par le Dr Spiegler).

PLANCHE XLI *b*

Alopécie en aires. Canitie.

G. P., 17 ans, commis.

Le patient dit qu'au mois de février 1895, il a souffert d'une alopécie qui s'est guérie complètement dans l'automne de la même année.

Au mois de janvier 1896, les cheveux commencèrent à blanchir et à tomber en deux points différents de l'occiput.

On peut facilement arracher les cheveux plantés au bord des deux plaques alopéciques circulaires.

Pl. 41 *b*.



PLANCHE XLII

Lupus érythémateux du nez.

F. H., 38 ans, femme d'un tailleur, a constaté, il y a quelques semaines, l'apparition du mal au bout du nez.

État présent :

La peau du bout du nez et d'une partie de l'aile gauche est entourée d'un halo rouge ; peu élevée, elle présente, sur une base rouge livide, des stratifications d'un blanc grisâtre ou d'un blanc verdâtre, qui adhèrent assez bien au substratum et sont irrégulièrement distribuées.

On applique de l'onguent gris salicylé qui améliore l'état de la patiente. Après quoi, celle-ci ne reparut plus à la consultation.

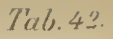

Tab. 42.



PLANCHE XLIII

Lupus érythémateux disséminé.

N. E., admis le 15 avril 1898, dit avoir constaté, il y a deux ans, les premiers points rouges au nez et aux parties avoisinantes des joues; à la suite d'un traitement, son état s'était amélioré considérablement. L'aggravation actuelle date de 2 mois.

État présent :

La peau du dos du nez, des joues et des oreilles est légèrement rougie et épaissie par des plaques de diverses grandeurs. La surface est, çà et là, comme tendue, brillante. Elle est en majeure partie couverte de squames blanches qui n'adhèrent pas trop et s'écrasent entre les doigts comme de la pommade. A la suite de l'application d'un emplâtre de savon additionné de 10,0 d'acide salicylique, les points affectés deviennent pâles et leur surface exempte de squames, de telle sorte que le patient put continuer le traitement à domicile.





PLANCHES XLIV et XLIV *a*

Xanthome tubéreux.

R. P., 42 ans, ingénieur.

Le père du patient est mort d'une affection du foie ; sa mère et ses frères et sœurs sont bien portants.

Depuis environ 10 ans, le patient a remarqué l'apparition de petites tumeurs, d'abord aux surfaces d'extension des extrémités supérieures. Elles ne donnaient lieu qu'à de légers symptômes subjectifs; par exemple, la pression exercée sur elles par l'accoudement provoquait des douleurs. Dans le cours des années apparurent des tumeurs analogues à la nuque, aux fesses et aux surfaces d'extension des extrémités inférieures.

Depuis 3 ans, l'état est demeuré assez stationnaire.

Etat présent: Le patient est assez grand, vigoureux, pourvu d'un pannicule adipeux abondant, de teint pâle.

L'état des organes internes est normal.

La peau de la nuque avoisinant le cuir chevelu, des surfaces d'extension des extrémités supérieures (notamment au coude), des fesses et des surfaces d'extension des extrémités inférieures est garnie de tumeurs qui s'élèvent en forme d'hémisphères au-dessus du niveau de la peau, sont grandes comme des lentilles ou des noisettes, les unes lisses, les autres cloisonnées comme des framboises ; la périphérie est rouge clair ; vers le centre des tumeurs, la couleur passe au jaune.

Entre les petites tumeurs serrées, en partie confluentes se trouvent disséminées des dépressions cicatricielles, grandes comme des lentilles, entourées d'un halo pigmenté irrégulièrement délimité.

Urine éliminée en l'espace de 24 heures : 1260 ; poids spécifique, 1031 ; couleur jaune clair ; albumine, environ 0,067 0/0 ; sucre 5 0/0. Dans le dépôt n'existent pas d'éléments rénaux.

L'examen histologique d'une de ces tumeurs donne les résultats suivants :

La tumeur se compose de tractus fibreux qui partent du tissu conjonctif de la peau. De la graisse jaune se trouve dans les cellules des cordons fibreux eux-mêmes.

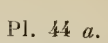
On ne peut trouver de cellules xanthomateuses, différenciée du stroma fibreux. La tumeur n'est pas d'origine inflammatoire.

Le patient se soumit, suivant nos conseils, à une cure de 6 semaines à Karlsbad, il réduisait autant que possible la quantité d'aliments albuminoïdes et mangeait des légumes en abondance (traitement anti-uratique).

Grâce à ce traitement, l'involution des tumeurs xanthomatheuses s'effectua d'une manière très rapide ; en disparaissant, les tumeurs laissaient des cicatrices, entourées d'un large halo pigmenté. Le sucre disparut complètement de l'urine.

Ce cas fut publié par le Dr Tœpfer dans les « *Archiv für Dermat. u. Syphilis* » (Band. 40, 1897).

A la fin du mois de mai 1898, le patient se représenta avec de nouvelles tumeurs, la teneur en sucre de l'urine avait de nouveau augmenté.



Pl. 44 *a*.

PLANCHE XLV

Nævus vasculaire de la fesse et de la cuisse droites.

PLANCHE XLV *a*

Nævus vasculaire et verruqueux de la région temporale gauche.

Au milieu d'une étendue de peau rouge cuivre, traversée de vaisseaux dilatés et irrégulièrement délimitée s'observent quelques petites tumeurs s'élevant un peu au-dessus du niveau de la peau, grandes comme des petits pois ou des haricots, et consistant en vaisseaux encore plus dilatés et en tissu condensé.



Pl. 45 *a*.



PLANCHE XLVI

Lupus vulgaris serpigineux.

K. A., 14 ans, admise le 21 mars 1898. La patiente prétend avoir cette affection de la cuisse gauche depuis l'enfance.

Plusieurs frères et sœurs de la patiente sont morts tout jeunes, elle-même a toujours été bien portante.

Etat présent : La patiente est grande, de structure grêle, pâle. L'examen des poumons révèle une infiltration du sommet gauche. Rien à signaler au cœur.

Une cicatrice plissée occupe les deux tiers supérieurs de la peau du côté externe de la cuisse gauche. Elle présente, au milieu, de nombreux nodules plats, irrégulièrement disposés, plus serrés vers la périphérie qui regarde en arrière.

Un grand nombre de ces nodules sont recouverts d'une croûte adhérant superficiellement; entre eux, il en existe d'autres de couleur rouge et garnis çà et là d'un petit point hémorrhagique. La ligne de délimitation externe est occupée par plusieurs couches de croûtes solides, interposées comme un remblai entre la surface affectée et la peau normale.

Les points affectés furent enlevés, sous le chloroforme, au thermo-cautère et par excision.

La guérison s'effectua dans des conditions normales. Durée du traitement : 43 jours.

Tab. [illegible]



PLANCHE XLVII

Lupus serpigineux ulcéré

W. A., 22 ans, cordonnier, admis le 6 janvier 1897. Le patient déclare souffrir de cette affection de la peau depuis l'âge de 2 ans et avoir été plusieurs fois en traitement (on l'a même opéré).

Le mal s'accompagne actuellement de prurit et de douleurs. Un frère du patient et ses parents sont morts poitrinaires.

Etat présent : La peau de la surface interne de la cuisse gauche est vivement rougie, et infiltrée sur une étendue large comme la paume de la main ; le centre en est cicatriciel et se desquame en partie, et le bord est garni de nodules fortement proliférants.

De plus, quelques points sont couverts de croûtes. Quand on enlève celles-ci, on voit des ulcérations, hémorrhagiques à la base et qui occupent toute l'épaisseur de la peau.

A la surface d'extension se voit, à la même hauteur, une infiltration analogue, large comme une pièce de 2 francs.

Il existe, en outre, dans le creux poplité, des cicatrices atrophiques, un peu rétractées, de forme allongée.

On excise, sous le chloroforme, les infiltrations lupiques, et on réunit la peau par des sutures, après avoir pratiqué des incisions libératrices périphériques.

Plus tard, on recouvrit la plaie par transplantation. Au bout de 118 jours de traitement, on congédia le patient complètement guéri.


Tab. 47.

PLANCHE XLVII *a*

Tuberculose chronique de la main, avec désarticulation du médius carié.

K. I., 62 ans, femme de journée. Il y a 4 ans, la patiente fut affectée de violentes douleurs du médius de la main droite. Au mois de février 1892, on dut l'énucléer.

Il y a 18 mois, le côté dorsal de la main commença à s'enflammer et à s'ulcérer.

La patiente présente à la joue droite, depuis 3 ans, une tumeur un peu plus large qu'une pièce de 2 francs, qui depuis ne s'est guère modifiée.

Les 5 enfants de la patiente se portent bien. Elle vient depuis 3 mois à la consultation de l'hôpital.

État présent : Dans le prolongement de la commissure labiale droite se trouve, séparé de celle-ci par une bande de peau normale, large de 1 cm., un placard large d'environ 2 centimètres carrés, qui s'étend jusqu'au bord du maxillaire inférieur.

Au-dessus de ce placard existe une cicatrice blanchâtre qui provient d'un processus tumoral antérieur. Entre elle et la commissure labiale, la peau est plus rouge, superficiellement déprimée au milieu, à périphérie inégale surtout du côté de la joue et garnie de protubérances légèrement verruqueuses, à travers lesquelles transparaissent des nodules d'un blanc jaunâtre. La base de ce point est élastique et présente une infiltration inflammatoire modérée. Plus bas se trouve un point ulcéré, moins infiltré et dont la périphérie est garnie de nodules indistincts.

L'extrémité supérieure droite, notamment l'avant-bras droit, est considérablement plus maigre que le gauche. La main est légèrement enflée, le pouce n'a rien, les trois doigts sont fléchis de façon à former un angle droit aux articulations phalangiennes.

L'extension en est impossible. Le médius fait défaut.

La peau de la paume, sur une largeur d'un centimètre, la peau

de la cicatrice provenant de la désarticulation, celle de la première phalange de l'index et de l'annulaire, celle des articulations métacarpo-phalangiennes et celle du dos de la main, sur une largeur de 1/2 cm., se trouvent dans un état de légère infiltration de couleur livide.

Toute la surface est parsemée de petites ulcérations, grandes comme des grains de mil ou des lentilles, dont plusieurs confluent et forment des ulcères anfractueux, irréguliers, qui tous pénètrent jusque dans le chorion.

A la périphérie de cette surface ulcérée, mais notamment dans un groupe isolé, de date récente, situé à l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, se trouvent de petits nodules grands comme des têtes d'épingle et plus, qui, comme les autres parties ont, par leur fusion, déterminé des pertes de substance et des ulcères. A partir de là, la peau du côté dorsal de la main, sur une largeur de 3 à 3 cm. 1/2 est légèrement rougie, brillante, présentant de rares érosions superficielles de quelques follicules et un substratum légèrement tuméfié.

Sur le carpe s'étend une surface ulcérée analogue à celle décrite plus haut.

18 octobre. La tuméfaction purulente des nodules a cessé.

3 décembre. Les petits nodules du poignet ont disparu ; l'ulcère est recouvert d'une cicatrice.



PLANCHE XLVII *b*

Ulcérations chroniques tuberculeuses du dos de la main. Petits bubons de l'avant-bras, bubons ulcérés du coude, tuméfaction des glandes axillaires.

M. M., 69 ans, admise le 18 octobre 1895. La patiente dit qu'étant jeune, elle toussait et que le médecin l'avait déclarée poitrinaire. Depuis quelques années, les symptômes du côté des poumons sont peu prononcés.

Il y a dix ans, la patiente fut affectée d'une carie du médius droit, qui parut d'abord s'améliorer et qui, s'étant aggravée, il y a deux ans, nécessita l'amputation.

Etat présent : La patiente, de constitution assez faible, est assez bien nourrie ; elle a les muscles mous et la peau pâle. En haut du poumon droit, son de percussion un peu bref ; à part cela, emphysème.

L'extrémité supérieure droite ne diffère de la gauche ni par sa longueur, ni par ses dimensions ; le médius droit est énucléé. La cicatrice qui en provient s'étend, au dos de la main, jusqu'à une largeur de doigt du poignet.

Autour du métacarpe des 2e et 4e doigts s'étend une surface traversée par plusieurs sillons et couverte de croûtes mellicériques. La peau environnante est rougie.

Aux deux doigts (les 2e et 4e), se trouvent de petits nodules couverts de squames.

A l'avant-bras, à trois largeurs de doigts au-dessous du coude, existe une tumeur livide, grande comme une demi-noisette. Au-dessus d'elle on voit, séparé d'elle par une bande de peau normale, un foyer infiltré, plus petit. De plus, au-dessous de l'olécrâne, à la surface externe du coude se rencontre un ulcère large de 1 cm., long de 1 cm. 1/2, qui se déplace avec la peau et est couvert d'une croûte ; le voisinage en est légèrement enflammé.

Dans le creux axillaire se trouvent plusieurs glandes infiltrées, grandes comme des châtaignes ou des marrons.

Après décollement des croûtes et application de diverses pommades, la patiente fut congédiée, suivant son désir, le 12 décembre 1895, dans un état meilleur qu'à son entrée.



PLANCHE XLVII *c*

Tuberculose chronique de la peau de la jambe

(*lupus tumidus*).

P., 69 ans, admise le 25 décembre 1894, présentée à la société impériale et royale des médecins, le 5 avril 1895.

La peau de la jambe présente des papillomes, pareils à des mamelons et dont la surface se distingue par des érosions grandes comme des lentilles et par une vergeture en facettes de l'épiderme relâché.

La pression exercée sur le côté de ces tumeurs fait sortir par les érosions du pus caséeux et du sang.

Les papillomes augmentèrent rapidement de volume, de telle sorte que le 21 février 1895 toute la peau est pigmentée, et couverte de bourrelets de ce genre.

L'excision de deux tumeurs, pratiquée dans un but diagnostique, a révélé, à l'examen fait par le professeur Paltauf, qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une formation tuberculeuse typique dans un tissu de granulation.

Comme la patiente ne voulut absolument pas consentir à être opérée, on eut recours à l'emploi de lymphe de Koch.

La réaction se produisit dès la première injection ; la température s'éleva à 39°, mais au bout de 2 heures, elle tomba à 38°. Le lendemain de l'injection, la température était redevenue normale.

A la suite de la 2e injection, la température monta à 40° ; il en fut de même pour les 3 autres injections. La patiente se sentait un peu souffrante le lendemain et le surlendemain du jour de l'injection, mais elle se remettait vite.

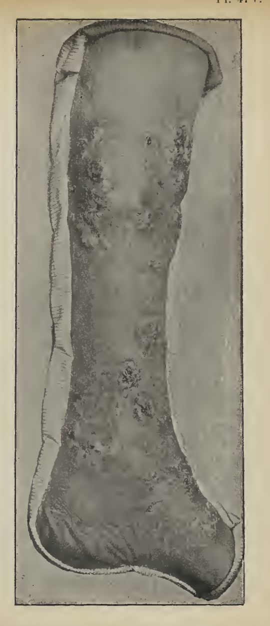
A chacune des premières injections, on observa une augmentation de la tuméfaction, une hyperémie des tumeurs et de leur voisinage et une véritable colliquation de la tumeur.

A la dernière injection, alors que les tumeurs ne présentaient plus que des infiltrats plats, la réaction ne fut indiquée que par l'hyperhémie.

Ce cas est intéressant à deux points de vue :

1° Par la manifestation d'une tuberculose cutanée à un endroit du corps peu ordinaire, et la forme sous laquelle se présenta à nous le tableau de l'affection, tant à l'admission que pendant le traitement ;

2° Par le succès du traitement institué.



PLANCHES XLVIII et XLVIII *a*

Lupus. Phlegmons.

I. A., 20 ans, ouvrier layetier. Durée du traitement : du 9 au 16 mai.

Le patient est malade depuis l'enfance. L'affection date de 14 ans.

État présent : Le patient est grand, anémique, amaigri. Tuberculose pulmonaire. Amyloïde hépatique, néphrite.

L'extrémité inférieure gauche présente un épaississement éléphantiasique et de l'œdème ; le dos du pied, les plis interdigitaux sont couverts de nombreux ulcères, les uns isolés, les autres confluents, à centre déprimé. Des foyers lupiques isolés sont épars à la cuisse gauche.

La muqueuse des joues présente quelques ulcères grands comme des grains de mil.

Le milieu de la cuisse droite est affecté de lymphangite et de phlegmons qui partent d'un foyer lupique isolé, situé à la surface d'extension et qui s'étend en haut jusqu'au ligament de Poupart.

Le 15 mai se déclaraient de violentes douleurs dans l'extrémité inférieure gauche, en même temps que survenait rapidement l'œdème de celle-ci ; la peau se plissa et se ratatina. Les doigts de pied prirent une coloration d'un noir bleu qui s'étendit rapidement. La mort se produisit dans la nuit.

A l'autopsie, on trouva, dans le muscle biceps de la cuisse gauche, un abcès grand comme deux poings réunis et soumis à une forte tension et au-dessus duquel passait, contre la surface osseuse, l'artère fémorale. Il y avait en outre : une tuberculose étendue de la peau (lupus verruqueux) ; un lupus de la muqueuse de la bouche, de l'hypoplasie des artères ; de la dégénérescence amyloïde des reins, du foie et de la rate, et une néphrite subaiguë.

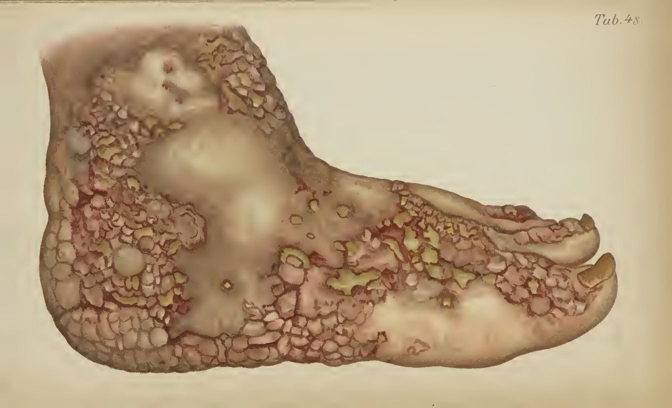




PLANCHE XLVIII b

Lupus hypertrophique de la face.

M. C., 60 ans, admis le 9 septembre 1897.

Le patient, affaibli au point de vue mental, déclare n'avoir observé que depuis un an environ des tuméfactions inflammatoires, se produisant alternativement à divers points de la face. Il ne se rappelle pas avoir été affecté antérieurement.

État present :

La face est déformée : l'œil droit est presque fermé : les joues, de même que le nez, sont en grande partie sillonnées de tissu cicatriciel, comme la lèvre supérieure œdémateuse. Entre les sourcils et la racine du nez, à l'arcade zygomatique gauche, à la partie droite du maxillaire gauche et au côté externe de la joue droite se trouvent des ulcérations couvertes de croûtes et qui ne sont pas considérablement infiltrées.

La région de la commissure droite des lèvres et la lèvre inférieure sont boursouflées en forme de bourrelets par une tuméfaction œdémateuse chronique ; on peut cependant y découvrir, à la palpation, des portions de tissu encore plus condensé. La muqueuse de la lèvre supérieure et des joues est plus rouge qu'à l'état normal : la marge en est çà et là érodée et même présente des points ulcérés.

Le patient ne peut pas ouvrir la bouche ; il est nourri artificiellement. Au bout de treize jours de séjour à l'hôpital, son état s'est un peu amélioré. Sur son refus de rester plus longtemps à l'hôpital, on dut le laisser partir.



Pl. 48 *b*.

PLANCHE XLIX

Tuberculose subaiguë de la muqueuse buccale.

K, I., 42 ans, hôtelier, admis le 8 février 1897 dans le service du Dr Frank.

Le patient déclare être malade depuis 2 ans. Le mal débuta par une tuméfaction du côté droit de la lèvre inférieure, qui s'étendit peu à peu superficiellement. En même temps se développa une ulcération de la muqueuse buccale. On prenait le mal pour une actinomycose, et on cautérisa les points affectés moitié au thermocautère, moitié avec des acides. L'amélioration momentanée fut de courte durée, et, depuis un mois, il y a aggravation du mal.

Etat présent : Le patient est de taille moyenne, bien nourri, bien bâti. La joue gauche est enflée ; à sa surface interne se trouvent, sur une étendue large comme une pièce de 1 franc, des proliférations papillaires grandes comme des grains de chènevis, ou des petits pois fins. La muqueuse des lèvres, ainsi que celle de la joue gauche, près de la commissure, est tuméfiée. On y voit éparses de nombreuses ulcérations grandes comme des grains de mil ou des grains de chènevis et plusieurs autres, plus grandes, irrégulièrement délimitées, avec un revêtement jaune-gris adhérent. La gencive des deux maxillaires présente des altérations analogues.

Les poumons sont normaux, sauf au sommet droit, où, à la percussion, le son est mat et plus bref. L'auscultation révèle do la sibilance, une inspiration et une expiration obscure. Le cœur est normal.

Les plaques de la muqueuse buccale sont très douloureuses ; à la clinique du prof. Albert, on y a trouvé des bacilles de la tuberculose.

Traitement :

Les badigeonnages avec du sublimé à 1 0/0, ainsi que des cautérisations avec de l'acide lactique à 20 0/0 étaient très douloureux. L'affection continue de se développer. Au bout de 13 jours, le patient sort sur sa demande.



PLANCHE L

Panaris tuberculeux du médius de la main droite

(*du service du Dr Winternitz*, de Vienne).

W. I., 48 ans, tuberculose pulmonaire très avancée.

Le patient est cachectique, au reste d'une forte ossature. Il déclare avoir observé, en 1891, une petite ulcération à l'ongle du médius de la main droite. Cette ulcération persista depuis et s'étendit peu à peu aux 3e et 4e phalanges.

Le doigt est épaissi au bout et notamment sous la région de l'articulation interphalangienne. La peau encore existante est livide. L'ongle s'en va : il en manque déjà plusieurs millimètres au sillon unguéal. La base en est jaunâtre et effilochée, détachée de la matrice. La partie où l'ongle fait défaut est jusqu'au sillon unguéal supérieur transformée en une ulcération sèche dont la marge est couverte de croûtes.

A six points différents s'élèvent, en outre, des ulcérations granuleuses, couvertes de croûtes et grandes comme des petits pois fins ou des haricots. La mobilité n'est conservée qu'entre la première et la deuxième phalanges. Le patient souffre de douleurs térébrantes et déchirantes qui s'accompagnent toujours d'un gonflement du doigt et se terminent par l'ouverture d'un ou de deux points ulcérés, le plus souvent au niveau du sillon unguéal, qui laissent échapper du pus. Cette suppuration n'existe que depuis quelques mois, c'est-à-dire depuis que le processus a affecté l'os. Auparavant, le doigt était sec, pas aussi tuméfié et moins douloureux.



PLANCHE LI

Tuberculose de la peau de la main gauche.

F. B., 54 ans, commissionnaire.

Entre l'index et le médius de la main gauche s'élève au-dessus du niveau de la peau une tumeur légèrement enflammée, irrégulièrement sillonnée, large comme une pièce de deux francs. Les divers nodules en sont élastiques à la palpation. Une forte pression exercée sur eux fait sortir des sillons une petite quantité de masses sébacées. La tumeur n'est pas douloureuse. Le patient dit qu'elle est apparue, il y a six mois, et avait dès l'abord l'aspect d'une verrue. Il ne sait pas à quelle cause l'attribuer. Il est bien portant, vigoureux et actuellement un peu amaigri.


Tab. 51

Pl. 51 *a*.



PLANCHE LI *a*

Lèpre.

(*Cas observé à la clinique du prof. de Amicis,* de Naples.)

P. F., de Bisceglia (prov. de Bari), 43 ans, boulanger, marié ; admis le 15 janvier 1895, sorti le 18 janvier suivant. — Le patient n'a pas de tare héréditaire ; il habite une localité où il y a plusieurs lépreux. Deux de ses frères ont eu la lèpre avant lui, et aucun n'a émigré. Peu avant le début de l'affection le patient se maria; il n'a pas d'enfant ; sa femme est saine.

L'affection débuta, à 27 ans, par des bulles se produisant d'abord aux extrémités inférieures, puis aux supérieures, et suivies d'exulcérations torpides qui ne se fermaient pas.

Peu à peu, le processus s'étendit au visage qui fut considérablement déformé.

Etat présent: Les cheveux sont normaux ; partout ailleurs, même aux parties génitales, existe de l'alopécie. Le teint est en général plus brun que d'ordinaire. La peau du front, des sourcils et de la glabelle présente de nombreux infiltrats brun rouge, plus ou moins confluents, séparés par de nombreux sillons ; aux os zygomatiques, les capillaires de la peau sont très développés.

L'aspect du nez est tout à fait altéré. Le dos du nez est plat et déprimé, notamment au point de rencontre de l'os et du cartilage, où se voit aussi un sillon demi-circulaire, à concavité dirigée en bas, qui empêche l'implantation de l'aile du nez, laquelle, à son tour, fait saillie et est infiltrée au point de boucher les narines, surtout celle de droite. La cloison osseuse est détruite. Les lèvres sont un peu boursouflées. Le menton est infiltré, coupé dans tous les sens par plusieurs sillons irréguliers, mais à un moindre degré que le front.

Des infiltrations et des taches jaunâtres plus ou moins nombreuses s'observent aux extrémités supérieures, où l'on trouve également des ulcérations torpides, notamment à la surface d'extension de l'avant-bras droit, au dos de la main du même côté, ainsi qu'au coude et au dos de la main du côté gauche.

Les mêmes altérations se reproduisent, plus ou moins étendues et confluentes, au siège et aux extrémités inférieures. Le scrotum, la peau du pénis, le prépuce et le gland sont également infiltrés.

La muqueuse du voile du palais et de la voûte palatine, la langue, l'épiglotte et les plis aryténoïdiens présentent des infiltrations grises, plus ou moins diffuses. Partout il y a de l'anesthésie.

L'examen bactériologique du sang des infiltrats révèle l'existence du bacille de Hansen.

PLANCHE LI *b*

Lèpre

(*Cas observé à la clinique du professeur de Amicis*, de Naples).

D. E. F., d'Ischitella sur Gargano (prov. de Foggia) est d'une famille de pêcheurs qui exerce dans le voisinage du lac de Varono où elle réside et qu'elle n'a jamais quitté. Le patient est également pêcheur.

Les parents sont en vie et se portent bien ; le grand-père a eu la lèpre. Ils ont 7 enfants dont cinq, le patient qui est le troisième et 4 garçons, les 2e, 4e, 6e et 7e enfants, ont la lèpre : les deux autres sont bien portants. L'affection débuta en 1880, quand le patient eut 9 ans; à présent (1892) il en a 20.

Elle commença, par des frissons, suivis d'élévation de température et par l'apparition de macules rouges, localisées d'abord aux extrémités supérieures, avec infiltrations tuberculeuses consécutives, et s'étendant, au bout de quelques mois, au visage, et, plus tard, aux extrémités inférieures, ce qui causa, pendant quelques jours, de fortes douleurs musculaires.

La phase maculeuse fut bientôt suivie d'infiltrations plus ou moins étendues, notamment au visage dont elles occupèrent une notable partie et qu'elles déformèrent sensiblement.

L'affection s'étendit au tronc sous la forme de macules. Dans ces derniers temps, la voix est devenue enrouée et faible.

Etat présent : l'examen du patient révèle l'existence de nombreuses infiltrations tuberculeuses, anesthésiques, rougeâtres ou rouge tuile, plus ou moins étendues et confluentes, séparées entre elles par des sillons plus ou moins profonds et irréguliers, et qui couvrent le front, les sourcils alopéciques, les joues, les lèvres et le menton, de telle sorte que la figure prend un aspect qui rappelle fortement le léontiasis. Aux extrémités supérieures on observe des altérations analogues (macules et tubercules) plus ou moins confluentes, et notamment aux coudes, au dos des mains et des doigts, où se voient quelques points ulcérés, torpides.

Au tronc et aux extrémités inférieures, ces macules et tubercules sont moins confluents, tout en gardant les mêmes caractères. Des infiltrations papuleuses grises recouvrent le voile du palais et la voûte palatine, ainsi que l'épiglotte et les cordes vocales. Anesthésie généralisée.

L'examen du sang au niveau des infiltrations révèle l'existence du bacille de Hansen.



PLANCHE LI *c*

Lèpre

(*Cas observé à la Clinique du professeur de Amicis,* de Naples).

D. S., de Marsala, marchand de bois, célibataire, est de très forte constitution et de haute taille. Toute sa famille est bien portante. Il y a eu dans son pays plusieurs cas de lèpre. Le patient n'a jamais voyagé. Vers la fin du mois de mai 1878, le malade, qui avait alors 19 ans, remarqua l'apparition progressive de macules éparses, de dimensions variables, de couleur brun rouge, d'abord aux extrémités inférieures, puis aux extrémités supérieures. Elles furent suivies de protubérances papuleuses de même couleur, grandes comme des grains de mil ou des lentilles et qui s'accompagnaient d'abord d'une sensation de brûlure, puis d'une sensation de prurit. Finalement, il y eut anesthésie des points affectés. Au bout de 18 mois, les poils des cils et des sourcils se mirent à tomber. Le patient se présenta à la Clinique la première fois au mois de novembre 1880, puis en 1881, 1886, et en 1888, année où il offrait l'état suivant :

Tête : Le front, la région des sourcils, de la glabelle, du nez, les lèvres, les joues et le menton présentent des infiltrations tuberculeuses et noueuses, ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc et moins et dont beaucoup sont ulcérées et couvertes de croûtes hémorrhagiques. Alopécie totale du visage. A la paupière supérieure gauche existe une tumeur de la grosseur d'une amande, et à celle de droite, plusieurs nodules gros comme des grains de mil. A la conjonctive du globe de l'œil gauche se trouve une tumeur presque complètement pédiculée ; il y a de plus de la kératite. L'œil droit présente le même état. Il y a une infiltration noueuse du pavillon des oreilles. Le cuir chevelu est normal.

Tronc. — Sur la poitrine et surtout dans la région des mamelons, sont disséminées des macules rouge brun, à petites éminences papuleuses. Dans la région de l'épaule et des lombes se voient quelques macules plus grandes, plus étendues, rouge tuile, à éminences papulo-tuberculeuses, et qui sont disposées symétriquement.

Cou : Deux tumeurs hémisphériques, de la grosseur d'une noix de muscade, à surface lisse, se trouvent, l'une au tiers supérieur du sterno-cleido-mastoïdien gauche, l'autre à l'apophyse mastoïde droite. A la nuque existent plusieurs tumeurs plus petites.



Extrémités supérieures : Presque toute leur surface est brun rouge, à l'exception de quelques points disséminés où la peau est normale. Depuis l'articulation huméro-scapulaire jusqu'au sillon de l'articulation du coude, on trouve, à la surface d'extension, des éminences noueuses, lupiformes qui confluent dans la région du haut du bras et qui forment, au côté gauche, une tumeur ulcérée ayant presque les dimensions d'une noix. Aux avant-bras existent de nombreux nodules, tumeurs et tubercules, les uns pédiculés, lisses et à surface brillante, les autres finement côtelés, à squames furfuracées. Ils sont distribués irrégulièrement, principalement à la surface d'extension. Dans la région radiale se voient de grands tubercules confluents qui sont tellement serrés les uns contre les autres qu'ils forment une seule surface très compacte. Celle-ci est coupée de sillons et de cicatrices et couverte de nodules ulcérés. Les mains sont mutilées par une profonde infiltration de la peau du dos de la main, et les 4e et 5e doigts sont maintenus dans l'état de demi-flexion. Il y a atrophie des muscles interosseux du thénar et de l'antithénar.

Extrémités inférieures : On y observe, comme aux extrémités supérieures, une éruption étendue qui commence aux fesses et finit au dos des pieds. A côté de larges macules qui ne laissent intacts que les plis inguinaux et les creux poplités, il existe de nombreuses éminences et de grands tubercules. Quelques-uns sont pédiculés, d'autres sont ulcérés, cratériformes ; les plus grands se trouvent à la peau qui recouvre le tendon d'Achille, le long de la face antérieure des tibias et au côté antérieur des genoux. La peau de la surface postérieure des jambes est irrégulièrement infiltrée. De nombreux tubercules et protubérances sont disposés par séries depuis le dos des pieds jusqu'au bout des doigts. Au pied droit existe un tubercule géant isolé de la grosseur d'une pièce de 1 franc. Aux plantes des pieds se voient également des tubercules en grappes.

Parties génitales : Il y a des tubercules à la peau du pénis et du scrotum, et une infiltration étendue, presque aussi grande qu'une amande à l'épididyme droit. Au sommet et à la queue de l'épididyme gauche existent des tubercules plus grands, et la surface du testicule est parsemée de nombreux tubercules plus petits.

Muqueuses : Toute la voûte palatine est couverte d'un granulome ulcéré, à revêtement gris. Il y a également des ulcérations et des cicatrices au voile du palais et aux amygdales. La luette et la muqueuse nasale, notamment celle de la cloison, sont parsemées d'infiltrations étendues.

Appareil lymphatique : Les glandes cervicales et crurales sont considérablement tuméfiées ; les glandes crurales sont presque aussi grandes que le poing.

Sensibilité : Elle est diminuée considérablement pour ce qui est du toucher, de la chaleur et de la douleur ; à certains points, elle est complètement abolie.

Urine : Elle est filamenteuse et riche en mucine.

L'examen microscopique du sang des tubercules révéla l'existence de nombreux bacilles de la lèpre.

PLANCHE LII

Carcinome lenticulaire.

S. A., 74 ans, admise le 6 juillet 1896.
L'induration du sein gauche débuta il y a un an.

État présent : La tête est tournée à gauche, attirée de ce côté : la rotation n'excède guère quelques degrés.

La peau du côté gauche de la poitrine, de la région du cou, du dos est occupée par une tumeur plate, en partie altérée par des cicatrices, dure comme du bois, rouge jaune dans la région mammaire et de plus en plus violette dans ses parties supérieures. Elle est nettement délimitée, dans la région du sein où son bord s'élève au-dessus du niveau de la peau normale. Au cou et au dos, elle n'est pas aussi nettement délimitée.

Le côté gauche de la figure est œdémateux. Les glandes sous-maxillaires, sus-claviculaires et sous-claviculaires sont agrandies, durcies par l'infiltration. La patiente peut encore ouvrir la bouche, mais elle ne peut mouvoir le maxillaire inférieur. La déglutition est difficile.

Il n'y eut pas d'amélioration pendant les deux mois que la patiente passa à l'hôpital. L'intensité de l'œdème variait autant au bras gauche qu'au côté gauche de la figure.

Le 2 septembre, mort avec symptômes de collapsus.

L'*autopsie* révéla : un carcinome diffus et lenticulaire de la peau et des tumeurs carcinomateuses du sein gauche, une carcinose de la plèvre, du péritoine et de l'utérus.



PLANCHE LIII

Epithélioma de la grande lèvre gauche.

W. M., 60 ans, cuisinière, en traitement du 7 mai au 5 juin 1897.

La présente affection date d'environ 5 mois ; elle n'incommode nullement la patiente. Celle-ci eut, il y a 20 ans, une péritonite. A part cela, elle a toujours été bien portante. Elle a eu un enfant. Les règles ont cessé il y a 5 ans.

Etat présent : La malade est assez forte et assez bien nourrie. A la partie inférieure de la grande lèvre gauche se trouve une perte de substance, un peu plus large qu'une pièce de 2 francs, sur un substratum élevé, fortement infiltré et dur. La base est irrégulière, en partie couverte de points blancbâtres, macérés, grands comme des lentilles, en partie inégale, rougeâtre. La sécrétion est très faible. Les glandes inguinales ne sont pas affectées, ni la lèvre droite. Au-dessus du bord supérieur interne du néoplasme en question, se trouve un nodule grand comme un baricot, à prolifération épithéliale et dont le centre commence à se macérer. — La sécrétion vaginale est mucilagineuse. La portion vaginale est atrophique, l'orifice utérin fendu transversalement.

Traitement : Extirpation du nodule sous le chloroforme. — Guérison.

En mai 1898 se produisit une récidive avec participation des glandes inguinales Opération. Guérison au bout de 6 semaines.



PLANCHE LIV

Carcinome du pénis.

(*Cas observé dans le service du prof. Albert*, de Vienne).

N. N., 54 ans, admis le 9 juillet 1890.

Il y a 19 ans, le patient fit une chute, et à l'en croire, se blessa au testicule et au pénis ; la plaie guérie, il se serait produit une soudure entre le scrotum et le pénis.

Il y a deux ans, se développa au pénis une ulcération qui s'agrandit lentement et provoquait de violentes douleurs.

Le patient dit qu'il a bien maigri depuis quelque temps.

Etat présent :

Le pénis est transformé en un corps dur, informe, long de 12 cm., mesurant 10 cm. de tour et qui est couvert de rhagades et d'ulcérations. Lorsqu'on relève le pénis, on découvre un ulcère large comme la paume de la main, recouvert de granulations molles, inégales, et présentant des bords durs.

Les glandes inguinales sont tuméfiées des deux côtés.

Traitement : Amputation du pénis : extirpation des glandes inguinales. On décolle l'urèthre, et on le fixe par une suture au périnée.



PLANCHE LV

Carcinome du pénis.

(*Cas observé à la clinique du prof. Albert,* de Vienne).

Le patient déclare que cette tumeur s'est développée depuis 6 mois.

Etat présent :

Le patient est de forte constitution, mais amaigri.

Le prépuce est phimotique, très étroit ; la peau du pénis est couverte de cicatrices dont les unes sont pigmentées, les autres transformées en infiltrats compacts. A la partie inférieure du pénis, ces infiltrats sont entourés de rebords élevés, ont la base irrégulièrement rongée et sont très durs à la palpation.

On sent un cordon lymphatique sur le dos du pénis, et les glandes inguinales sont tuméfiées, dures.

Traitement : Amputation partielle du pénis, avec autoplastie de l'urèthre.



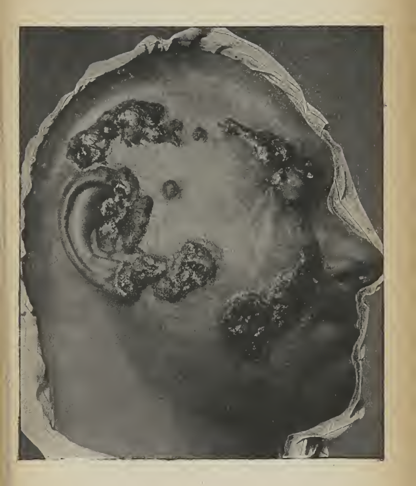


PLANCHE LV *a*

Epithélioma cicatrisant.

I. I , 55 ans, journalier, admis le 28 septembre 1892. Son mal débuta, il y a 6 ans, par un petit nodule de la tempe droite, d'où s'étendirent par continuité des tumeurs à la joue droite et à la paupière du même côté. Le patient a été auparavant toujours bien portant, et actuellement encore il a bonne mine.

Etat présent : La joue droite, depuis le pavillon de l'oreille jusqu'aux plis naso-labiaux et depuis l'insertion du masséter jusqu'au maxillaire inférieur est transformée en une cicatrice lisse, de couleur blanchâtre. La périphérie de cette zone est occupée, à peu d'intervalles près, par des ulcérations qui élèvent, sur une base à peine infiltrée, leur tissu granulatoire anémique à plusieurs millimètres au-dessus du niveau de la peau. La paupière supérieure est déjà décollée de sa base par l'ulcération et tirée dans la direction de la cicatrice, de telle sorte que sous l'arc ciliaire détruit se trouve une fosse, qui se distingue également par des proliférations de sa base. Le patient se plaint parfois de douleurs lancinantes dans les parties ulcérées, qui vident alors plus de pus que d'ordinaire. De temps à autre, on enlevait les proliférations à la curette, et on arrêtait ainsi le processus pour quelque temps.

L'examen histologique fait le 15 décembre confirma le diagnostic de carcinome épithélial. On gratta sous le chloroforme toutes les ulcérations, on les cautérisa au thermocautère, et on détermina ainsi la cicatrisation de toutes, sauf une ulcération de forme allongée située à la commissure droite.

Cependant, un mois après, le reste de la paupière inférieure s'envahit de nouveau et il y eut une nouvelle ulcération en dehors, dans la direction de la cicatrice, au-dessus de l'arcade zygomatique, et les masses épithéliales de la commissure recommencèrent à proliférer plus considérablement.

Le poids du corps du patient se maintient avec de légères varia-

tions à 54 kilos. Cependant les ulcérations prolifèrent davantage et envahissent même l'ancienne cicatrice. L'œil est affecté sympathiquement par ces masses, et le globe de l'œil est entouré, dans la cavité orbitaire, de masses carcinomateuses nécrosées.

Le maladc se plaint de douleurs de plus en plus intenses et n'en est soulagé que par des injections de morphine.

Le 22 décembre. Au centre des plaies se montrent quelques îlots de cicatrices, bien que la périphérie se soit déjà transformée en un ulcère au milieu du nez et sur tout le menton. — Enfin le patient dut être renvoyé dans sa commune, et il quitta l'hôpital le 21 septembre 1894.

Ce cas de carcinome épithélial que nous avons observé du mois de septembre 1892 au mois de septembre 1894, pendant 728 jours, est remarquable parce que le mal a existé huit ans sans modifier en rien son caractère de carcinome épithélial. Il est en outre intéressant par son développement lent et par la cicatrisation du centre, d'autant qu'à la suite de l'intervention opératoire, il semblait que la surface ulcérée allait se cicatriser. Cependant, la cicatrisation ne s'effectua pas d'une manière complète, puisqu'au bout de quelque temps, les masses épitbélialcs se remirent à proliférer, non seulement à la périphérie, mais encore à travers les anciennes cicatrices. Le patient, par suite des douleurs endurées, dépérit de plus en plus, et bien que des îlots cicatriciels eussent recommencé à se former au milieu du carcinome, c'est la dégénérescence peu à peu progressive qui prédomina.

PLANCHE LVI

Favus.

Sch. L., 25 ans, admise le 18 août 1896.
L'éruption du cuir chevelu et la chute des cheveux datent de 3 ans

Etat présent:

Les cheveux ont disparu de la tête, à l'exception d'une zone étroite à l'occiput.

Le cuir chevelu est couvert en des points nombreux de croûtes jaune soufre, à contours réniformes, entre lesquelles existent de petits points jaune soufre, isolés, comme il s'en voit également au bout du bras droit.

Après trois mois de traitement, le cuir chevelu est devenu net, propre et ne présente plus d'efflorescences faviques.

La patiente est congédiée dans cet état, le 5 janvier 1897.


Tab.

PLANCHE LVII

Herpès tonsurant maculeux et squameux.

F. F., 18 ans, admis le 13 février 1896.

C'est la veille seulement de l'admission que le patient constata qu'il avait des taches sur la peau. Son attention avait été éveillée par une vive sensation de prurit. Il se rappelle avoir mis du linge encore humide.

Etat présent :

Le thorax, l'abdomen et les surfaces de flexion des extrémités sont couverts de nombreuses efflorescences.

A l'hypogastre et à la région pubienne se trouvent des taches rougeâtres pâles, dont les grandes portent au centre une squame d'épiderme blanchâtre et dont les plus grandes présentent un centre déjà pâli, et du côté de la périphérie, un épiderme à plis extrêmement fins et garni çà et là de petites squames blanchâtres, mollement adhérentes. Le bord en est légèrement élevé, l'épiderme y est lisse et rougi. Des conditions analogues s'observent aux efflorescences disséminées sur le reste du corps.


Tab. 57.

PLANCHE LVIII

Herpès tonsurant orbiculaire du sein droit.

L. W., admise le 16 novembre 1895 ; congédiée guérie le 23 novembre 1895.

La patiente ressent un léger prurit. Elle a remarqué, il y a huit jours, la zone interne ; depuis s'est développée la zone externe.

Au sein droit se trouve une efflorescence, grande comme une pièce de 2 centimes, au centre de laquelle l'épiderme se détache par petites squames et est déchiré, en partie ratatiné et de couleur jaunâtre clair. La zone périphérique est encore rouge et sillonnée de plis extrêmement fins. Tout au bord existe un halo d'épiderme crevassé, qui s'élève un peu au-dessus du reste et est couvert en partie de petites croûtes en voie de dessiccation, en partie d'épiderme décollé, d'un blanc brillant. Une zone large de 1/2 à 1 mm. d'un rouge plus vif, irrégulièrement délimitée sépare extérieurement efflorescence de l'épiderme normal.

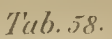


PLANCHE LIX

Herpès tonsurant vésiculeux de l'avant-bras gauche.

S. F., 18 ans, serrurier (traité du 19 au 28 mai).

Les lésions existent depuis 14 jours au visage et depuis 8 jours au bras gauche.

Dans la maison habitée par le patient, il y a une remise (pour chevaux).

Etat présent : A la face et surtout au côté gauche existent de nombreuses efflorescences pustuleuses, dont la grosseur varie entre celle d'une tête d'épingle et celle d'un petit pois, et dont plusieurs sont couvertes d'une croûte brun jaunâtre.

A la surface de flexion de l'avant-bras gauche, tout près de l'articulation de la main se trouve une surface presque circulaire, rouge, infiltrée, occupant toute la largeur du bras, à bords élevés et au milieu de laquelle sont disposés par groupes serrés des nodules et des vésicules.

La culture du contenu vésiculaire y révèle l'existence du tricophyton tonsurans.

Traitement : Pâte de Lassar pour la face ; pâte soufrée au naphtol et à la résorcine pour l'avant-bras. Guérison complète au bout de 8 jours de traitement.

Tab. 52.



PLANCHE LX

Pityriasis versicolor.

I. N., 20 ans, ouvrière, admise le 18 août 1897 pour érythème exsudatif multiforme.

On voit partout, entre les vésicules, des taches brun jaune, que le pâlissement des efflorescences érythémateuses fait apparaître encore plus nettement.

Elles sont le plus nombreuses sur la poitrine. Elles sont disséminées, de forme et de grandeur diverses, irrégulièrement délimitées et couvertes d'épiderme peu adhérent et tombant facilement au grattage. La couleur en est brun pâle ; la périphérie est plus foncée ; le centre est plus clair et présente, dans les grandes taches, une surface plus lisse.

Traitement : Pommade au soufre et au naphtol, savonnages, poudrages à la farine de riz, guérison.



Tab 60.



PLANCHE LXI

Actinomycose.

D. A., 42 ans. La planche a été faite d'après un moulage de la clinique chirurgicale du prof. Albert. — Le patient a séjourné à la clinique en 1892, mais il a été congédié sur sa demande instante. Mais comme son état s'est aggravé, que les douleurs du côté gauche du cou, les difficultés de déglutition et le manque d'appétit n'ont fait qu'augmenter depuis, et que la tumeur s'est ouverte en plusieurs endroits, le patient est revenu et a été de nouveau admis le 28 octobre 1892.

Etat présent: Le patient est pâle, affaibli, se plaint de difficulté de respiration et de déglutition. Les poumons et le cœur sont normaux.

Tout le côté gauche du cou, depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la fosse sus-claviculaire, est sillonné de nombreuses et puissantes rétractions et est dur à la palpation.

Les infiltrations comprises entre ces sillons sont traversées par de nombreux conduits fistuleux pénétrant à des profondeurs diverses et par lesquels s'écoule du pus épais renfermant des graines d'actinomyces.

La peau qui recouvre la portion inférieure de l'infiltration est sale, d'un violet gris. Immédiatement au-dessus de la clavicule gauche se trouve un abcès nettement fluctuant, à peu près de la grosseur d'une noix et qui est recouvert de peau violet pâle.

Dans la fosse claviculaire du côté droit existe aussi une tumeur de la grosseur d'une noix, nettement fluctuante et recouverte de peau brillante, violette.

On traita le patient par des incisions et l'injection d'une solution de sublimé à 1/4 0/0 dans les infiltrations ; on lui mit un pansement antiseptique. Son état s'étant amélioré, il quitta l'hôpital de son propre mouvement, au bout de 3 semaines de traitement.



DERMATOSES PAR ANIMAUX PARASITES

PLANCHES LXII et LXII *a*

Gale pustuleuse.

H. M., domestique, admise le 12 août 1897.

La patiente dit avoir du prurit, notamment le soir, depuis environ 6 semaines; l'éruption pustuleuse ne se serait produite d'une manière sensible que dans ces derniers temps.

État présent :

Sur tout le corps se voient des traces de grattage irrégulièrement disséminées ; aux extrémités et surtout dans le voisinage des articulations existent des pustules éparses, la plupart couvertes de croûtes.

La partie dorsale des poignets est couverte de pustules bien conservées et contenant du pus; entre elles se trouvent, notamment aux doigts, des points où l'épiderme a été enlevé par le grattage.

Traitement : Onguent de Wilkinson. Guérison.





PLANCHE LXIII

Taches bleues, phthiriase.

O. F., 33 ans, garçon boulanger, admis le 21 août 1897 pour blennorrhagie et phthiriase généralisée.

Dans la région pubienne, au-dessus de la limite des poils, ainsi que dans les creux axillaires existent d'innombrables *phtirii pubis*. En outre, on voit, dans les régions inguinales et au-dessus du pubis, des excoriations extrêmement petites dues au grattage et à l'application d'un vieil onguent mercuriel.

Le corps est couvert de macules bleuâtres, arrondies et allongées, grandes comme des petits pois et dont l'épiderme est intact.



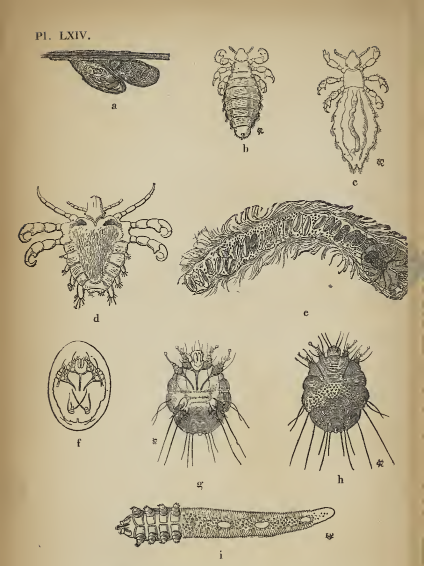


PLANCHE LXIV. — *a*) Œufs de poux collés à la tige d'un cheveu. — *b*) Pediculus capitis (pou de tête). — *c*) Pou de vêtement. — *d*) Pediculus pubis. — *e*) Galerie d'Acarus ou Sarcopte de l'homme. — *f*) Œuf d'Acarus hominis. — *g*) Acarus hominis vu d'en bas. — *h*) Acarus hominis vu d'en haut. — *i*) Acarus folliculorum.

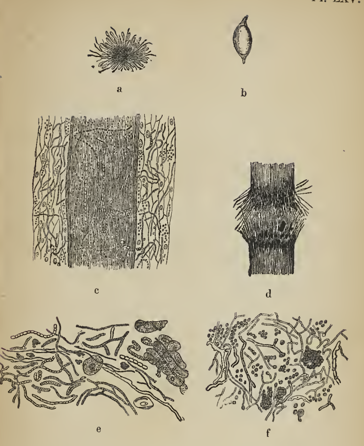


PLANCHE LXV. — *a*) Actinomyces. — *b*) Corpuscule de molluscum. — *c*) Trichophyton tonsurans (poil avec gaine externe de la racine, dans un cas d'herpès tonsurans de la tête). — *d*) Un poil vu au microscope dans un cas de trichorhexis nodosa. — *e*) Achorion Schœnleinii, d'une croûte favique. — *f*) Microsporon furfur (Pityriasis versicolor).

FIN DE L'ICONOGRAPHIE

ERRATUM

Page 197, lignes 1 et 2, au lieu de pâte arsénicale de Mance, *lisez* : pâte arsenicale de Manec.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

ICONOGRAPHIE

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

TABLE ALPHABÉTHIQUE DES MATIÈRES

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE

DIJON. — IMPRIMERIE DARANTIERE, RUE CHABOT-CHARNY, 65.

